N° 54

ESSAI

SUR LA

PLEURÉSIE PURULENTE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 8 AOUT 1884

Par Paul CHABERT

Né à BORDEAUX, le 9 octobre 1858

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET CABIROU FRÈRES

RUES DURAND ET LEVAT

1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✵ ✠..... DOYEN
COMBAL ✵ ✠..... } ASSESSEURS
GRASSET..... }

PROFESSEURS

Pathologie externe	BOYER ✵.
Accouchements	DUMAS ✵.
Clinique médicale	DUPRÉ ✵ C. ✠.
Anatomie	BENOIT ✵ ✠.
Clinique médicale	COMBAL ✵ ✠.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER ✵.
Physique médicale	MOITESSIER ✵.
Anatomie pathologique et histologie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL ✵.
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON ✵ ✠.
Physiologie (chargé du cours)	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale	N...
Opérations et appareils	N...

MARTINS (O. ✵), FONSSAGRIVES (O. ✵), COURTY ✵, Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM. BATTLE.
Clinique des maladies syphilit. et cutan.	GAYRAUD
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN.

AGRÉGÉS

MESSIEURS	MESSIEURS
JACQUEMET.	MOSSÉ.
DE GIRARD.	REGIMBEAU ✵.
SERRE.	TÉDENAT.
ROUSTAN.	DUMAS fils.
CARRIEU.	BLAISE
MAIRET.	BAUMEL.
CHALOT.	VILLE
BIMAR.	GRANEL.
LANNEGRACE.	

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. CASTAN, *Président ;*
DUMAS, *Professeur ;*
REGIMBEAU, JACQUEMET } *Agrégés.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

P. CHABERT.

A mon oncle A. CHABERT

ANCIEN CONSERVATEUR DES HYPOTHÈQUES

A mon cousin Victor BERNARD

PROFESSEUR DE PHILOSOPHIE AU LYCÉE DE TOULON

A ma cousine Philomène CHABERT

A MES PARENTS

d'Aups (Var) et de St-Martin (Vaucluse)

A MES AMIS

P. CHABERT.

A mon Président de thèse

M. le professeur CASTAN

A M. le professeur-agrégé MAIRET

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE MARSEILLE

A M. le Dr COMBALAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'ÉCOLE DE MARSEILLE

A M. le Dr D'ASTROS

EX-MÉDECIN EN CHEF DES HOPITAUX

P. CHABERT.

A M. LE Dr GAMEL

CHIRURGIEN-ADJOINT DES HOPITAUX DE MARSEILLE

A M. VELTEN

MEMBRE DU CONSEIL GÉNÉRAL DES BOUCHES-DU-RHÔNE
PRÉSIDENT DE LA COMMISSION DÉPARTEMENTALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES

de l'Ecole de Marseille et de la Faculté de Montpellier

P. CHABERT.

INTRODUCTION

Il est certainement peu de sujet qui ait occupé et passionné plus le monde médical que la pleurésie purulente. Si l'on consulte les bibliographies, on est étonné du nombre prodigieux d'ouvrages qui ont été publiés depuis Hippocrate, dans tous les pays et dans tous les temps, sur cette intéressante question de la pathologie humaine. L'histoire même des phases par lesquelles sont passées les opinions des auteurs à cet égard présente, à notre avis, un intérêt considérable, et nous aurions voulu pouvoir raconter ou exposer leurs nombreuses discussions avec le flegme d'un spectateur qui n'a pas pris part à la lutte.

Mais, malgré notre ferme résolution d'être absolument impartial, nous avouons que, souvent, nous n'avons pu rester complètement indiffé-

rent, et en particulier après avoir lu Laënnec, nous n'avons pu résister à un sentiment d'enthousiasme et d'admiration pour cet homme de génie dont les œuvres fécondes ont rendu tant de services à l'humanité.

Pouvions-nous, de même, regarder froidement les ingénieuses inventions de Dieulafoy et de Potain, ainsi que les efforts de Trousseau, à qui revient l'honneur d'avoir ramené le monde médical, un moment égaré, vers le véritable traitement de la pleurésie purulente ?

Si nous avons eu tort de céder à ces sentiments, nous espérons obtenir l'indulgence de nos Juges, en raison de la franchise avec laquelle nous les avons exprimés.

Et maintenant, voici comment nous avons divisé notre étude :

Notre travail comprend sept chapitres ; dans les six premiers, nous passons successivement en revue l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement ; dans le septième, nous avons réuni les observations sur lesquelles nous appuyons nos conclusions.

On pourrait nous reprocher de n'avoir pas consacré un chapitre spécial à l'historique de la question que nous traitons. C'est que nous avons pensé qu'il serait sans intérêt d'énumérer la longue suite des auteurs qui, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, se sont occupés de la pleurésie purulente.

Dans une question aussi vaste, on fait l'histoire des faits généraux et non des faits particuliers qui, croyons-nous, trouveront mieux leur place dans les différents chapitres de cette thèse.

Tel est le travail que nous venons soumettre à la critique éclairée de nos Juges, persuadé que leur bienveillance tiendra compte des efforts consciencieux que nous avons faits pour atteindre le but que nous nous étions proposé.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534908_0083

ESSAI

SUR LA

PLEURÉSIE PURULENTE

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

« On donne le nom de *pleurésie* à l'inflammation de la plèvre ; si le liquide qui s'accumule dans la cavité séreuse est limpide et transparent, on dit que la pleurésie est franche et simple ; elle est dite purulente quand le liquide épanché présente le caractère du pus.» (1)

C'est de cette dernière, de la pleurésie purulente, que nous devons nous occuper dans ce travail.

Si l'on demandait dans quelles circonstances se développe la pleurésie purulente, il serait assurément difficile de répondre à la question directement ; car les causes qui favorisent le développement de cette maladie sont aussi nombreuses que variées.

(1) Damaschino. Pleurésie purulente. Thèse d'agrégation.

Il existe, en effet, des pleurésies purulentes qui sont dites primitives, c'est-à-dire n'étant sous la dépendance d'aucun autre état morbide, et des pleurésies purulentes secondaires, qui sont la conséquence d'une pleurésie simple, ou bien sous la dépendance d'une maladie générale ou locale.

Aussi Rilliet et Barthez avaient-ils raison de dire : « Sous le nom de pleurésie, se trouvent comprises : des affections de nature fort différente ; tantôt on en connaît la cause.... Dans bien des cas, la cause échappe ou bien elle réside dans une de ces modifications profondes et graves de l'économie dont la nature est inconnue et dont le résultat est la formation du pus. » (1)

Quoi qu'il en soit, nous allons tâcher de rechercher ces causes en étudiant successivement :

1° La corrélation qui existe entre la pleurésie simple et la pleurésie suppurée ;

2° Les causes prédisposantes ;

3° Les causes déterminantes.

Il paraît démontré aujourd'hui qu'une pleurésie peut être purulente d'emblée ; ou bien que l'épanchement, d'abord séreux ou séro-fibrineux au début, peut devenir purulent plus tard. Cependant certains auteurs ne veulent voir dans ces faits qu'une différence de degré.

Dans ces conditions, nous devons rechercher quelles sont les causes capables de transformer une pleurésie simple en pleurésie purulente. Cette recherche a été faite, et on a accusé successivement l'abondance de l'épanchement, l'opération de la thoracentèse, l'ancienneté de l'épanchement, l'état du sujet, etc., etc. ; mais on n'est pas d'accord sur cette question, et le plus souvent ces causes sont insaisissables. Ecoutons ce que dit Trousseau :

« S'il est des cas où des épanchements pleurétiques même très-abondants persistent longtemps sans que la sérosité se transforme en

(1) Rilliet et Barthez, Traité des mal. des enfants. T. I, p. 580.

pus, il en est d'autres, et cela s'observe principalement chez les enfants, où cette transformation a lieu plus ou moins rapidement, la pleurésie restant simple, en ce sens qu'elle n'est l'expression d'aucune diathèse. » (1).

On a incriminé la thoracentèse ; voici comment Dieulafoy combat cette accusation : « Si le liquide retiré par une première ponction est manifestement purulent, on est bien obligé d'innocenter la thoracentèse ; mais, si la purulence ne paraît s'établir qu'à une seconde ponction, on accuse la thoracentèse d'avoir transformé une pleurésie simple en pleurésie purulente. Oui, cette accusation est fondée si l'on fait la thoracentèse avec des instruments mal nettoyés, et encore chargés du pus d'une première opération : mais dire que la piqûre d'une aiguille aspiratrice peut déterminer la purulence d'une pleurésie, c'est là une opinion à laquelle je ne peux souscrire et que j'ai assez longuement discutée dans les chapitres précédents pour ne pas y revenir ici. » (2) Trousseau et Vergely ont soutenu la même opinion.

Au contraire, presque tous les auteurs admettent que la pénétration de l'air dans la plèvre, pendant l'opération, peut avoir une influence considérable, soit qu'il agisse directement sur la plèvre, soit qu'il exerce son action sur le liquide épanché.

Il faut tenir compte aussi de l'ancienneté de l'épanchement : « La membrane séreuse pleurale, lorsqu'elle a été longtemps enflammée, finit par sécréter du pus... Il importe donc de ne pas laisser trop longtemps persister une phlegmasie de la plèvre, sous peine de voir les épanchements primitivement séreux devenir purulents. » (3)

Enfin il est une cause incontestablement capable de transformer une pleurésie simple en pleurésie purulente : c'est l'état d'affaiblissement général, de débilité et de cachexie du sujet.

Les *causes prédisposantes* ne sont pas parfaitement connues.

(1) Trousseau, Clinique médicale. T. I, p. 646.
(2) Dieulafoy, Manuel de path. interne. T. 1, p. 192.
(3) Trousseau, loc. cit.

Ainsi on ne sait rien de bien précis sur l'influence que peuvent exercer le tempérament, la constitution, le climat, les changements de saison, les professions, etc.

Le sexe n'a pas d'action proprement dite prédisposante aux pleurésies purulentes, et si l'on rencontre plus d'hommes que de femmes atteints de ces affections, cela n'est pas surprenant ; car « toutes les maladies inflammatoires, surtout les inflammations de poitrine, sont toujours beaucoup plus communes chez l'homme (1) » ; et cela en raison de son genre de vie qui le met plus souvent en contact avec les agents extérieurs.

Dans les *causes déterminantes*, nous passerons en revue les maladies aiguës ou chroniques, générales et locales, dans le cours desquelles se développent des pleurésies secondaires, ultimes, que l'on doit considérer tantôt comme des symptômes, tantôt comme des complications.

Commençons par les maladies générales aiguës, et, d'abord, les fièvres éruptives : elles sont loin d'avoir la même importance à ce sujet. Ainsi il est très-rare de voir une pleurésie purulente dans le cours de la variole, ou consécutive à cette affection. M. Pomarel a publié, dans l'*Union Médicale* du 26 septembre 1865, une observation de pleurésie purulente survenue à la suite de la rougeole chez un enfant de douze ans. Nous donnons plus loin une observation analogue qui a été publiée dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales* de Montpellier, du 3 janvier 1880, par M. Gayraud, professeur-agrégé.

La pleurésie purulente est beaucoup plus fréquente dans la scarlatine.

« Les pleurésies scarlatineuses, dit Trousseau, sont ordinairement de mauvaise nature, non-seulement eu égard à la rapidité avec laquelle se fait l'épanchement, mais encore eu égard à la qualité du liquide épanché. Au huitième ou au dixième jour de la pleurésie, ce liquide

(1) Damaschino, thèse d'agrégation, page 32.

est souvent purulent, comme celui de la pleurésie puerpérale. » (1)

Il est très-rare de voir la fièvre typhoïde se compliquer d'une pleurésie purulente ; cependant M. Damaschino en cite deux cas, l'un publié par M. Bernutz, l'autre qu'il avait observé dans le service de Tardieu à Lariboisière.

Il n'en est pas de même de l'infection purulente ; voici ce que dit Velpeau à ce sujet : « Les épanchements purulents dans les grandes cavités séreuses, telles que l'arachnoïde, la plèvre, le péritoine, s'observent très-souvent dans l'infection purulente ; en quelques jours ces épanchements deviennent énormes. » (2)

On sait combien la pleurésie suppurée est fréquente dans la fièvre puerpérale ; mais le cadre de ce travail est trop étroit pour que nous puissions rapporter les observations publiées sur ce sujet.

Nous devons encore citer la fièvre urineuse, la morve aiguë et la méningite cérébro-spinale épidémique.

Parmi les maladies chroniques, les diathèses et l'état de cachexie consécutif sont des causes qui favorisent incontestablement la formation de pleurésies purulentes.

En première ligne, nous citerons la tuberculose ; cependant toutes les pleurésies purulentes qui se développent chez les tuberculeux ne sont pas de nature tuberculeuse : il en est qui sont la conséquence d'une perforation du poumon et de l'évacuation du pus d'une caverne dans la plèvre. La production de ces pleurésies est la conséquence d'un véritable traumatisme et elles peuvent être rapprochées des pleurésies traumatiques, comme le dit M. Damaschino, auquel nous empruntons les lignes suivantes : « La tuberculose est la cause de la formation du pus dans la plèvre, quand l'individu est fortement débilité, soit primitivement par l'effet de la diathèse elle-même, soit secondairement par les troubles respiratoires et digestifs. » (3)

(1) Trousseau, Clin. méd. T. I, p. 111.
(2) Velpeau, Clin. chirurg. T. III, p. 55.
(3) Damaschino, thèse d'agrégation, 1869, p. 28.

Plusieurs médecins admettent l'influence de la scrofule et décrivent des pleurésies purulentes scrofuleuses, « pleurésies chroniques circonscrites et indépendantes de toute affection antérieure appréciable. » (1)

Enfin certains auteurs ont parlé de pleurésies purulentes consécutives à l'état de cachexie palustre ; mais nous n'avons trouvé aucune observation bien nette à ce sujet.

Il nous reste encore à parler des maladies locales qui peuvent amener des pleurésies suppurées. Le traumatisme peut agir directement sur la plèvre, ou bien son action peut être indirecte. Dans le premier cas il s'agit d'une perforation au moyen d'un corps solide : épée, couteau, balle, etc.; dans le second, au contraire, la plèvre a pu être intacte au moment de la blessure, et la plaie se compliquer d'infection purulente. La pénétration de l'air, les épanchements sanguins causent souvent des pleurésies purulentes.

Aux causes locales appartiennent encore les abcès de voisinage, du poumon, de l'aisselle, les kystes hydatiques du foie, de la plèvre, qui peuvent s'ouvrir dans la cavité pleurale, la perforation de cavernes tuberculeuses ; enfin les corps étrangers qui pénètrent par la trachée ou par l'œsophage, la gangrène pleuro-pulmonaire, etc., etc.

Telles sont les principales causes de la pleurésie purulente, et nous ne pouvons pas mieux faire en terminant ce chapitre que de citer les deux grandes conditions prédisposantes admises par M. Damaschino :

« 1° Une cause d'appel sur la plèvre (que cette cause soit inhérente au sujet ou accidentelle) ; 2° un affaiblissement général portant tout particulièrement sur les fonctions de nutrition. » (2)

(1) Bazin, Traité de la scrofule, 2e édit. p. 440.
(2) Damaschino, loc. cit., page 35.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La pleurésie purulente peut être unilatérale, c'est le cas de beaucoup le plus commun, ou bilatérale. On a dit qu'elle était plus fréquente à droite qu'à gauche. Elle peut être généralisée ou partielle. On a décrit aussi des pleurésies purulentes interlobaires et diaphragmatiques ; il va sans dire que ces dernières sont beaucoup plus rares.

Nous aurons à étudier dans ce chapitre : 1° les altérations de la plèvre; 2° le liquide épanché dans la cavité pleurale ; 3° les altérations des organes voisins.

1° *Altération de la plèvre.* — Quand la pleurésie est purulente d'emblée, et que la mort a été rapide, comme cela a lieu dans les pleurésies purulentes puerpérales, on ne trouve aucune altération du côté de la plèvre ; en effet, elle n'a pas eu le temps de s'altérer. Charrier, dans sa thèse de 1856, dit que dans ce cas la plèvre est un peu plus terne, plus opaline qu'à l'état normal, mais sans trace de phlogose.

Mais quand la pleurésie purulente est consécutive à une pleurésie aiguë simple, alors on trouve la plèvre modifiée : elle a une couleur

rosée; on constate une arborescence des petits vaisseaux sous-séreux. Quelquefois même, et surtout s'il y a eu plusieurs poussées successives, la plèvre est épaissie et indurée. Cette induration peut acquérir la consistance du cartilage.

Enfin, si le pus a séjourné longtemps dans la cavité pleurale, on constate des altérations plus profondes de la séreuse. Plus la pleurésie purulente est ancienne, plus les lésions sont accentuées. La plèvre présente dans ce cas des rugosités, des villosités et des ulcérations ; elle est recouverte de fausses membranes plus ou moins épaisses, dont nous parlerons tout à l'heure. En outre, on voit çà et là de véritables ecchymoses qui sont le résultat de petits épanchements sanguins dans le tissu cellulaire sous-séreux.

Dans presque toutes les autopsies de pleurésie purulente, on a trouvé des fausses membranes plus ou moins développées, suivant la période de la maladie à laquelle la mort s'était produite. Au début, ces fausses membranes sont quelquefois extrêmement minces ; elles sont blanches et n'ont encore aucune adhérence entre elles. Mais, à mesure que les lésions s'accentuent, les fausses membranes qui tapissaient seulement le feuillet viscéral de la plèvre se généralisent peu à peu, s'étendent au feuillet pariétal ; elles forment une couche continue, et constituent ainsi une véritable poche kystique dans laquelle le pus s'accumule. En même temps elles s'épaississent au point d'acquérir jusqu'à 6 et 8 millimètres d'épaisseur en certains points. Plus tard, elles forment des adhérences entre les deux feuillets de la plèvre, dont la cavité se trouve cloisonnée et divisée en plusieurs loges kystiques purulentes, complétement séparées les unes des autres. Là ne s'arrête pas leur action, car elles peuvent s'organiser et se transformer en tissu fibreux qui, en se rétractant, immobilisera les côtes en gênant leur fonctionnement, et contribuera à la déformation de la poitrine en l'aplatissant et en la rétrécissant à la région latérale et postérieure.

2° *Liquide épanché.* — Le liquide épanché dans la cavité pleurale est essentiellement variable autant par sa quantité que par sa qualité.

On en a trouvé jusqu'à cinq, six et même sept litres. La qualité de ce liquide présente une foule de variétés.

Tantôt il ressemble à un simple épanchement séreux, mais à teinte louche, opalescente ; tantôt, au contraire, il offre la consistance et l'apparence du pus des abcès phlegmoneux. Entre ces deux états extrêmes, on peut trouver tous les degrés intermédiaires.

En somme, le pus épanché dans la plèvre ne diffère pas par ses caractères de ceux des autres collections purulentes de l'économie. « Le liquide est tantôt jaune verdâtre, couleur pistache, crémeux, avec les apparences du pus de bonne nature, tantôt brunâtre par son mélange avec une certaine quantité de sang. » (1)

Laënnec, qui était un profond observateur, a parfaitement décrit les caractères de ces épanchements purulents : « Ces épanchements, dit-il, ne sont presque jamais aussi parfaitement inodores que ceux qui ont lieu dans la pleurésie aiguë ; quelquefois même ils ont une odeur fade, plus désagréable que celle du pus de bonne qualité, ou une odeur forte, alliacée, et analogue à celle de la gangrène. » (2)

Quelquefois ce pus est d'une horrible fétidité, sans qu'il y ait cependant aucune pénétration d'air dans la plèvre. Peut-être ce fait s'explique-t-il par la gangrène de la plèvre et du tissu cellulaire sous-cutané (Cruveilhier). Laënnec parle encore d'une autre variété d'épanchement, dans laquelle la sérosité est verdâtre, et le pus jaunâtre présente une consistance assez analogue à celle des crachats. « Cette variété se remarque lorsque l'épanchement n'a pas pu devenir très-abondant et occuper une grande étendue, à cause d'adhérences anciennes de la plèvre. »

Enfin on trouve en suspension dans le liquide purulent des leucocytes, des flocons de fibrine et des débris de fausses membranes, lesquels sont susceptibles, sous l'influence du repos, de se déposer

(1) Damaschino, loc. cit., p. 44.

(2) Laënnec, Trait. auscult. méd., 2e édit. Paris, 1826, p. 150.

dans les parties les plus déclives et de former là des couches plus ou moins épaisses.

On trouve aussi quelquefois des gaz épanchés dans la cavité pleurale. Lorsqu'il existe une fistule, qu'elle soit pulmonaire ou thoracique, il se produit un hydropneumothorax, et on conçoit facilement que le gaz contenu dans la plèvre n'est autre que de l'air qui a pénétré dans cette cavité. Mais il arrive aussi qu'il n'existe aucune perforation de la plèvre et que par conséquent on ne peut pas admettre que le gaz soit venu du dehors. Cette question a soulevé de longues et vives discussions, et les auteurs ont émis les opinions les plus opposées. Il serait sans doute intéressant d'entrer dans des détails complets ; mais cette diversion nous entraînerait trop loin et à des développements que ne comporte pas un travail comme celui-ci. Nous citerons seulement les noms de Portal, de Laënnec et de Chomel, d'une part, et les travaux plus récents de Proust, de Jaccoud et de Béhier. Les uns ont admis que les gaz étaient exhalés par la plèvre elle-même; les autres ont soutenu les gaz provenaient de la décomposition et de la fermentation putride du liquide épanché.

3° *Altérations des organes voisins.* — C'est naturellement le poumon qui est le premier intéressé. Déjà, en 1844, M. Oulmont avait très-bien décrit les rapports du poumon avec l'épanchement. C'est à lui que nous empruntons les quatre types principaux auxquels il ramène les positions variées que le poumon, refoulé et bridé par les adhérences, peut affecter avec les parois thoraciques. Tantôt le poumon, réduit à un moignon de 4 à 5 centimètres d'épaisseur jusqu'au volume du poing, est refoulé contre le sommet de la cavité pleurale, un peu vers le médiastin et la colonne vertébrale ; tantôt il est refoulé en haut et en avant. Dans un troisième type, le poumon est aplati contre le médiastin et le rachis ; enfin il peut être refoulé en arrière.

Dans presque tous ces cas, le poumon comprimé perd son expansibilité ; il devient flasque, atélectasié, et tombe au fond de l'eau s'il est

plongé dans ce liquide. M. Brouardel a parfaitement bien étudié cette sclérose et cette induration du poumon, qui devient ainsi incapable de reprendre son volume et ses fonctions.

Il est relativement rare de voir les tubercules envahir le poumon dans ces conditions, du moins d'après la thèse de M. Attimont, qui donne une statistique de 130 malades sur lesquels 80 guérirent complètement, et dans les autopsies de ceux qui succombèrent on ne constata que 9 fois la présence des tubercules, et vingt fois on constata qu'il n'y en avait pas.

On voit souvent les traces de pneumonie à la période d'engouement, surtout chez les enfants. Enfin on a signalé des lésions des côtes, des muscles intercostaux et de la paroi thoracique elle-même, sur laquelle on peut constater la trace d'abcès, et surtout un rétrécissement qui peut être assez considérable pour amener une différence de plusieurs centimètres entre les deux côtés du thorax.

Quand la cicatrisation du kyste pseudo-pleural se produit, ses parois s'accollent et s'unissent par des travées celluleuses qui traversent sa cavité. Ces néoformations s'organisent et se transforment en tissu fibreux qui peut se rétracter. C'est à cette puissance de rétraction des faussses membranes que Delpech attribuait le rétrécissement de la paroi thoracique. Ce n'est pas la manière de voir de M. Oulmont, qui explique le rétrécissement par la perte d'élasticité du poumon, d'une part et la pression atmosphérique, de l'autre. Quoi qu'il en soit, cet affaissement de la paroi thoracique se produit par l'abaissement de l'extrémité sternale des côtes et leur rapprochement, qui peut aller jusqu'au contact. Enfin la colonne vertébrale elle-même se dévie et s'incline du côté malade.

Perforation. — Le plus souvent l'épanchement, au lieu de se résorber, se fait jour à l'extérieur. La perforation peut se faire : 1° par les bronches ; 2° par la paroi thoracique ; 3° par le diaphragme.

1° *Evacuation par les bronches.* — C'est certainement la plus fréquente. La communication entre la plèvre et les bronches a été

signalée la première fois par Bayle ; mais c'est surtout à Laënnec, puis à Louis que l'on doit des connaissances exactes sur les fistules pleuro-bronchiques. La perforation peut s'établir de dehors en dedans, ou de dedans en dehors, soit qu'elle se produise par les ulcérations de la plèvre dont nous avons parlé, soit qu'elle provienne de la fonte de tubercules. Le trajet fistuleux peut avoir une direction, une longueur et un diamètre essentiellement variables. L'orifice est souvent difficile à trouver, car il est caché dans les replis des fausses membranes, qui peuvent former là une véritable soupape, laquelle pourra, dans certains cas, permettre la sortie du liquide et s'opposer à l'entrée de l'air suivant sa disposition. Ces fistules peuvent se cicatriser par l'accollement de leurs parois ; on a même prétendu que la cicatrisation était plus fréquente dans le cas de tubercules ; mais ce point a besoin d'être confirmé.

2° *Perforation spontanée de la paroi thoracique.* — Le siège de la perforation est variable. Cruveilhier prétend que c'est habituellement au niveau des premiers espaces intercostaux. En effet, dans l'observation III, la perforation s'est produite au-dessous de la clavicule gauche. Il peut y avoir plusieurs perforations siégeant en des lieux variables. Voici comment les choses se sont passées dans l'observation que nous publions : une tumeur se forme, augmente rapidement de volume ; la peau devient rouge et luisante et la perforation se produit. Il est certain que l'atrophie des muscles et les abcès extérieurs en facilitent la formation.

3° *Perforation du diaphragme.* — Elle est beaucoup plus rare. On observe alors, en même temps, toutes les lésions d'une péritonite suraiguë consécutive.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Nous allons maintenant passer en revue successivement : 1° le début de la pleurésie purulente ; 2° la période d'état ; 3° la terminaison.

1° *Début.* — La pleurésie purulente est très-variable dans sa manière de débuter. Tantôt elle survient d'une façon rapide et bruyante, comme une pleurésie fibrineuse aiguë ; tantôt elle se présente insidieusement et elle a souvent envahi toute la plèvre avant de s'être manifestée par aucun signe fonctionnel qui puisse attirer l'attention du côté de la poitrine. C'est ce qui arrive surtout dans les cas où la pleurésie purulente survient comme complication d'une maladie préexistante dont les symptômes dominent la scène et masquent les phénomènes qui se passent du côté des organes thoraciques.

M. Damaschino, qui a parfaitement étudié ce sujet, fait ici une distinction ; il divise les pleurésies purulentes en deux grandes classes : les pleurésies latentes et les pleurésies communes. Par pleurésies latentes, il entend celles qui ne s'accompagnent d'aucun trouble fonctionnel, tel que : toux, oppression, point de côté. Ces pleurésies s'observent à l'état aigu ou à l'état chronique. A l'état aigu, ce sont les pleurésies qui surviennent chez les individus atteints de fièvre

puerpérale, ou de pyohémie. A l'état chronique, ce sont surtout celles qui sont primitivement chroniques et dont les troubles fonctionnels sont peu accusés ou nuls. On conçoit, dès lors, que le début de ces sortes de pleurésies ne soit pas reconnu et qu'il passerait inaperçu si l'on n'examinait pas tous les jours la poitrine des malades. A côté de ces deux cas, il faut placer les pleurésies purulentes qui succèdent à une pleurésie franche, séreuse ; c'est un épanchement ancien qui devient insensiblement purulent. A quel moment la pleurésie est-elle devenue purulente ? est-ce au deuxième mois, au troisième ? — Rien ne l'indique. Et dans ce cas-là, encore, les symptômes de début sont insaisissables.

Les pleurésies communes à troubles fonctionnels appréciables peuvent être aussi aiguës ou chroniques, primitives ou secondaires. Elles ne sont séparées des pleurésies latentes que par une différence de degré et non par une différence de nature.

Quoi qu'il en soit, lorsque la pleurésie purulente manifeste sa présence par des troubles fonctionnels, le tableau symptomatique ressemble, à s'y méprendre, à celui de la pleurésie franche. Ce sont ordinairement des frissons répétés, de la toux, le point de côté, dont la douleur est variable d'intensité et de durée, car elle persiste souvent assez longtemps. En même temps que le point de côté, on peut constater tous les signes ordinaires de l'épanchement : une matité qui augmente rapidement en hauteur, la diminution ou l'absence même du murmure vésiculaire, les souffles tubaire et bronchique, etc. Ce sont là les seuls phénomènes qui indiquent le début de ces sortes de pleurésies.

2° *Période d'état.* — Nous n'avons pas à examiner ici les symptômes des épanchements pleurétiques en général. Non ; nous devons nous borner à l'étude des signes par lesquels se manifeste la présence d'un liquide *purulent*, ou, pour parler plus exactement, à l'étude des signes qui permettent d'établir la *purulence* de l'épanchement.

Il est clair, en effet, que la douleur du point de côté, qui peut être

plus ou moins vive, sourde, lancinante, manquer même dans certains cas, les frissons, la fièvre, la toux, l'anxiété, l'oppression, sont des symptômes communs à plusieurs maladies de poitrine et qui ne peuvent pas nous édifier sur la nature du liquide épanché.

Notons bien que le sujet que nous traitons suppose connue l'histoire de la pleurésie en général, et que ce serait sortir du cadre que nous nous sommes tracé que d'insister davantage sur les symptômes fonctionnels de cette maladie.

Il n'en est pas de même des symptômes physiques, dont quelques-uns ont acquis une importance considérable. Mais là encore nous trouvons des signes inconstants. Ainsi on a attiré l'attention sur *l'aspect lisse du côté*, et Henry Marsh en a fait un signe pathognomonique. « Cette disparition des dépressions intercostales serait due à ce que, la paroi thoracique cédant, le pus remplit les espaces intercostaux. » (1). De même Stokes considère la paralysie des muscles intercostaux et du diaphragme comme constante au bout d'un certain temps. Cependant Duchenne de Boulogne a démontré, par une observation suivie d'autopsie, que ces signes pouvaient faire défaut dans certains cas. Quelquefois il se produit une *tumeur fluctuante*, formée par le pus qui fait saillie sous la peau, comme cela s'est produit dans les observations III et IV. Ce signe a une importance clinique considérable.

Nous devons signaler une déformation particulière du thorax, qui consiste en une « ampliation passagère, une voussure à laquelle fait suite un retrait, un aplatissement des derniers espaces intercostaux. » (2). Cet aplatissement ne se produit que lorsque l'épanchement n'est pas très-abondant.

L'*œdème de la paroi thoracique* du côté malade survient, d'après Dieulafoy, dans le cours de la pleurésie purulente, et même à une époque assez rapprochée du début. Cet œdème peut se localiser

(1) Henry Marsh, Med. Times.— Damaschino, loc. cit., p. 66.
(2) Dieulafoy, Manuel de path. int., 1884, p. 188.

à l'aisselle, à son bord postérieur, ou bien il peut s'étendre jusqu'au bras et même jusqu'à la main.

Les moyens physiques d'exploration, tels que mensuration, percussion, palpation, ne fournissent pas des résultats bien différents de ceux qu'ils donnent dans la pleurésie franche. Cependant « les zones de matité peuvent être plus irrégulièrement distribuées et en rapport avec les cloisons membraneuses qui emprisonnent le liquide dans des loges distinctes. » (1).

Les vibrations thoraciques, encore d'après Dieulafoy, sont moins affaiblies que dans la pleurésie fibrineuse ; elles persistent surtout au niveau des adhérences.

Quant à l'auscultation, elle ne donne pas toujours des résultats positifs ; cependant on constate tantôt une absence complète des bruits respiratoires, normaux ou anormaux, tantôt un bruit de gargouillement, tantôt et le plus souvent du bruit de souffle, souffle à timbre bronchique, caverneux et même amphorique.

D'après M. Béhier (2), ce souffle amphorique serait produit par le tassement du poumon, son induration et les rapports de cet organe avec la trachée ou une bronche. Les alvéoles, comprimées et aplaties, viendraient s'appliquer à l'extrémité de la bronche, qui serait ainsi transformée en un tube ouvert du côté de la trachée et fermé du côté des alvéoles. Quant au gargouillement, il serait le résultat du « battage » des mucosités accumulées dans les bronches. M. Landouzy, qui a publié un mémoire sur ce sujet, admet parfaitement que ces symptômes, souffle amphorique et souffle tubaire, sont des signes de la pleurésie chronique (3).

Enfin, quand l'air a pénétré dans la cavité pleurale, on peut entendre un *bruit de flot* produit par la succussion hippocratique.

On a aussi attiré l'attention sur l'auscultation de la voix. Générale-

(1) Urpar, Thèse 1884, p. 18.
(2) Béhier, Arch. gén. de méd., août 1854.
(3) Landouzy, Arch. gén. de méd., 1856.

ment, il n'y a pas d'égophonie ; mais la pectoriloquie aphone, qui s'entend très-bien dans la pleurésie simple, fait ici complètement défaut ou, du moins, perd ses caractères. Ce fait, étudié par Baccelli (de Rome), a été ensuite répandu et vulgarisé, en France, par Guéneau de Mussy, et en Allemagne par Valenkiner.

Nous verrons quelle valeur on doit donner à ce signe en étudiant le diagnostic.

Symptômes généraux. — Il nous reste encore à parler des symptômes généraux, qui sont à peu près les mêmes que ceux qu'on observe dans toute formation de collection purulente dans l'organisme. Ce sont d'abord des frissons répétés ; puis la fièvre s'allume, devient continue et prend un caractère irrégulier et intermittent, avec exacerbation vespérale. Des sueurs abondantes et nocturnes, accompagnées de diarrhée, épuisent le malade, qui perd peu à peu l'appétit. En même temps, la dyspnée augmente et vient ajouter ses terribles angoisses aux tourments du malheureux patient.

Sous l'influence de ce défaut de nutrition générale, le malade pâlit et maigrit. Cet amaigrissement augmente rapidement; les joues se creusent, la face prend une teinte terreuse caractéristique. Cependant, à la fin de cette période d'état, il arrive, quelquefois, une rémission et même une disparition des accidents; mais cet amendement trompeur n'est pas de longue durée. Bientôt la fièvre reprend le dessus avec un caractère d'hecticité bien marqué ; des sueurs profuses inondent le malade déjà épuisé par une diarrhée incoercible. C'est à ce moment qu'on voit apparaître l'œdème des extrémités et des paupières, et le malade, à bout de forces, tombe dans le marasme. Si l'on ne se hâte pas d'intervenir et de donner issue au pus, ou bien si l'épanchement purulent ne se fraye pas spontanément une voie à l'extérieur, la mort ne tarde pas à survenir.

Terminaison. — Le pleurésie purulente peut se terminer, ou par la mort, ou par la guérison. Dans ce dernier cas, l'épanchement subit

diverse smodifications : ou bien il est résorbé, et ce fait est assez rare; ou bien, il s'enkyste ; ou bien, et le plus souvent, il est évacué au dehors. C'est surtout cette évacuation au dehors qui doit attirer notre attention ; elle se produit en général :

1° Par une perforation spontanée ou artificielle de la paroi thoracique ;

2° Par les bronches ;

3° Par une perforation du diaphragme.

La *perforation de la paroi thoracique* est plus fréquente que les autres, du moins d'après certains auteurs, et en particulier d'après M. Damaschino. Voici comment les choses se passent : il se produit un gonflement œdémateux auquel succède une tumeur fluctuante dont le siège est variable ; tantôt c'est à la région claviculaire, tantôt au niveau des premiers espaces intercostaux ou même plus bas ; du reste, elle n'est pas toujours unique, et l'on peut quelquefois en constater plusieurs, comme dans l'observation III.

Les caractères de ces tumeurs sont les suivants : une fluctuation généralement facile à percevoir. Dans ce but, Trousseau a imaginé un procédé qui consiste à percuter avec un petit marteau sur un plessimètre placé dans un espace intercostal et à poser le doigt dans l'espace intercostal voisin. Enfin ces tumeurs sont le plus souvent réductibles et peuvent disparaître dans certaines positions du malade. Cependant elles sont quelquefois irréductibles, à cause des fausses membranes ou des adhérences qui les isolent et les séparent de la cavité pleurale. Leur grosseur varie depuis le volume d'une noisette jusqu'à celui d'une grosse orange. Bref, la peau rougit, s'amincit et se perfore en donnant issue à une quantité de pus variable, qui peut atteindre quatre ou cinq litres. Dès lors, on constate les signes d'un pneumothorax. Ces tumeurs peuvent se produire, bien qu'il existe déjà une perforation bronchique. Dans ce cas, on constate un gargouillement particulier. Une fois la fistule produite, elle persiste longtemps

jusqu'à ce que la mort survienne ou jusqu'à ce que la guérison soit complète.

L'*évacuation par les bronches* est, paraît-il, moins fréquente que la précédente ; elle ne s'effectue pas tout à fait de la même façon quand l'ouverture est étroite ou quand cette même ouverture est large. En effet, dans le premier cas, il se produit tout simplement une expectoration ; le malade tousse et rejette le pus sous forme de crachats, car le liquide purulent ne s'écoule que lentement à travers la fistule étroite. Dans le second cas, au contraire, quand l'ouverture est large, il se produit une vomique qui peut amener brusquement au dehors une quantité de pus qui varie depuis la valeur d'un verre jusqu'à cinq ou six litres. Trousseau rapporte l'observation d'un malade qui rendit ainsi onze litres de pus, en une semaine. Cette vomique se produit quelquefois sans qu'aucun signe préalable puisse la faire prévoir. C'est en général au milieu d'une quinte de toux ou d'un effort d'expectoration qu'elle s'établit.

A ce moment le malade est suffoqué par le pus qui remplit les bronches, et, s'il n'a pas la force et l'énergie d'expulser au dehors tout ce liquide purulent, il peut succomber asphyxié. Au contraire, si le liquide est expulsé, le malade éprouve généralement un soulagement et un état de bien-être. Mais au bout d'un temps, en général assez court, l'épanchement se reproduit et le liquide est évacué par de nouvelles vomiques ; en sorte que le malade, épuisé par une suppuration intarissable, finit par succomber avec tous les symptômes d'une fièvre hectique. D'autres fois la sécrétion diminue, le kyste se cicatrise, la fistule se ferme et la guérison est complète.

Complications. — Il nous reste à citer les diverses complications qui peuvent survenir dans le cours de la pleurésie purulente. Parmi elles, la perforation du diaphragme est une des plus graves, à cause de la pénétration du liquide purulent dans l'abdomen et de la péritonite suraiguë qui en est la conséquence. Quelquefois il peut se produire une péritonite purulente, qui est, ou bien sous la dépendance de la

cause morbide de la pleurésie purulente, ou bien simplement une conséquence de l'extension du travail inflammatoire de la plèvre. On a signalé aussi des inflammations des organes voisins, telles que pneumonie, pleuropneumonie, etc. La péricardite sèche ou purulente est une complication assez fréquente, puisque M. Dieulafoy dit l'avoir constatée une fois sur quatre (1).

En résumé : « La pleurésie purulente peut se terminer par la guérison ou par la mort : par la guérison, soit que l'épanchement se résorbe (fait très-rare) ou qu'il s'enkyste, soit qu'il s'évacue au dehors par les bronches ou par la paroi thoracique (le plus souvent à la suite d'opération) ; la mort peut survenir par le fait seul de l'épanchement (mort subite, etc.) ou par suite de la cachexie produite souvent par la suppuration prolongée, conséquence des diverses perforations ; parfois, enfin, elle doit être attribuée à la maladie qui a causé la pleurésie, ou aux différentes complications. » (2)

Enfin la tuberculose pulmonaire, compagne fidèle de tout état cachectique et de tout organisme profondément débilité, la tuberculose pulmonaire vient aussi assez fréquemment compliquer la pleurésie purulente, et, si l'on en croit les auteurs, un sixième des malades atteints d'empyème meurent phthisiques.

(1) Dieulafoy, Manuel de path. int. T. I, p. 189.
(2) Damaschino, loc. cit., p. 83.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Nous venons de voir, dans le chapitre précédent, combien le début de la pleurésie purulente est variable ; nous avons vu aussi combien les symptômes les plus importants sont inconstants, même à la période d'état. Dans ces conditions, on conçoit aisément que le diagnostic de la maladie puisse présenter quelquefois des difficultés insurmontables. Cependant il est de la plus haute importance de pouvoir reconnaître l'ennemi qu'on a à combattre pour diriger ses batteries en conséquence. Or nous ne pourrons arriver à ce résultat, c'est-à-dire à établir le diagnostic d'une pleurésie purulente, que par la résolution du problème suivant :

1° Existe-t-il un épanchement ?

2° Le liquide épanché est-il purulent ?

3° Quelles sont les maladies avec lesquelles on peut confondre la pleurésie purulente ?

4° Existe-t-il des complications ?

Il est clair que si, en présence du malade, nous parvenons à répondre à ces quatre questions, nous aurons tous les éléments nécessaires pour établir un traitement rationnel.

1° Existe-t-il un épanchement? Nous supposons, dans le sujet que nous traitons, que l'histoire de la pleurésie en général est connue ; nous n'avons donc pas à rechercher comment on peut reconnaître la présence d'un épanchement ; nous admettons que l'épanchement existe, et qu'il a été reconnu par la constatation des signes ordinaires : point de côté, décubitus, voussure, matité, modification des bruits respiratoires, diminution des vibrations thoraciques, déplacements des organes voisins, etc., etc. Le fait est admis ; la question qui doit nous occuper maintenant est beaucoup plus délicate : c'est celle de la nature du liquide épanché.

2° Le liquide épanché est-il purulent ?

Presque tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître qu'il n'existe aucun signe particulier qui puisse permettre d'affirmer que le liquide est séreux ou purulent. C'est surtout au début de la maladie que le médecin éprouve souvent un grand embarras, et que les erreurs de diagnostic sont le plus fréquentes ; car, s'il est malaisé de reconnaître la présence d'un épanchement, il est plus difficile encore de déterminer quelle est la nature du liquide épanché. « On ne peut reconnaître, dit Chomel dans ses *Leçons cliniques*, la nature du liquide contenu dans les feuillets de la plèvre pendant la vie. On peut avoir des présomptions en faveur de telle ou telle opinion, mais point de certitude. » (1)

Nous avons déjà dit, en nous occupant des symptômes, que les troubles fonctionnels de la pleurésie purulente, tels que douleur de côté, toux, expectoration, dyspnée, etc., sont communs à plusieurs maladies de poitrine et qu'ils ne nous apprennent rien sur la nature du liquide épanché.

Parmi les signes physiques, nous avons vu que l'apparence lisse du côté signalée par H. Marsh comme pathognomonique, ainsi que la paralysie des muscles intercostaux et du diaphragme signalée par Stokes,

(1) Chomel, Leçons cliniques (Gaz. des hôp., 1844. p. 433).

n'étaient pas des signes absolument constants, puisque Duchenne de Boulogne a publié une observation suivie d'autopsie dans laquelle ils n'existaient pas. Cependant, lorsque, dans le cours d'une pleurésie, on voit apparaître une tumeur fluctuante, ou l'œdème de la paroi thoracique dont nous avons parlé, on doit penser à une pleurésie purulente. La disparition de la pectoriloquie aphone avait été signalée par Baccelli comme un signe pathognomonique de la présence d'un épanchement purulent et acceptée comme telle. « Mais on n'a pas tardé à se convaincre que la valeur séméiologique de cette espèce de pectoriloquie avait été singulièrement exagérée. Des observations recueillies par le docteur Chopinet, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Vincennes (*Union méd.*, 9 nov. 1876), par Raymond Tripier (*Lyon Médical*, 6 mai 1878), et reproduites dans la thèse du docteur Roig (Montpellier, 1879, N° 28), on est en droit de conclure que ce signe se rencontre dans certaines pleurésies purulentes, alors qu'il manque dans beaucoup d'épanchements séreux ; on ne peut donc pas en faire le critérium absolu du diagnostic différentiel. » (1) M. le professeur-agrégé Gayraud, dont nous venons de rapporter les paroles, et les auteurs qu'il cite ne sont pas les seuls à combattre l'assertion de Baccelli, puisqu'elle a été contestée aussi par MM. Potain et Lereboullet.

On voit donc que les symptômes locaux, comme les symptômes fonctionnels, n'apportent pas de preuves suffisantes.

C'est surtout l'état général et l'étiologie qui fourniront les renseignements les plus utiles.

Les phénomènes généraux ont une importance considérable. D'abord par leur gravité exceptionnelle : lorsque la maladie prend une marche chronique, que l'épanchement persiste à l'état stationnaire, au lieu de se résorber, et que le malade, qui maigrit sensiblement, présente une pâleur et une teinte terreuse caractéristique, en même temps qu'un œdème thoracique, on a de fortes raisons de croire

(1) Gayraud, Gaz. hebd. des sc. méd. de Montpellier, 3 janvier 1880.

qu'on est en présence d'une pleurésie purulente. Ces soupçons sont encore plus fondés quand l'état général subit des modifications qui indiquent un empoisonnement de l'organisme, comme une discordance entre l'état de l'économie et le peu d'importance de l'épanchement. Enfin, si tous ces symptômes sont accompagnés de frissons répétés, d'une fièvre hectique avec des accès qui reviennent plus particulièrement le soir, d'une accentuation de la dyspnée, d'anorexie, de diarrhée et d'œdème des extrémités inférieures, alors les probabilités approchent de la certitude.

L'étiologie, à elle seule, peut apporter les probabilités les plus grandes dans la question de savoir si l'on est ou non en présence d'un épanchement purulent. Car la pleurésie purulente est presque toujours une maladie secondaire, et les circonstances au milieu desquelles elle a débuté éclaireront souvent le médecin. Ainsi, on aura tout lieu de croire qu'une pleurésie survenue dans le cours d'une fièvre puerpérale est purulente. On pourrait dire la même chose de celles qui surviennent surtout chez les enfants après une scarlatine grave, la pyohémie, la morve et la fièvre typhoïde.

A côté de l'étiologie on doit tenir compte de la question de terrain. Il n'y a pas de comparaison possible entre un individu jeune, vigoureux, sain, à constitution robuste, et un sujet usé par l'âge, la misère ou les excès. Les diathèses, et en particulier la tuberculose, ont une action incontestable.

Enfin la marche et l'évolution même de la maladie ne sont pas indifférentes. Ainsi l'ancienneté de l'épanchement entre, pour beaucoup de médecins, en ligne de compte ; et, en particulier pour Verliac, toute collection chronique devient purulente chez les enfants.

En somme, si grandes que soient les probabilités, nous restons toujours dans la sphère des hypothèses, et nous ne pouvons arriver à une affirmation sur la nature du liquide épanché. En effet, pour affirmer il faut voir ; et, jusqu'à présent, nous n'avons pas vu. Mais nous pouvons obtenir ce résultat par un moyen simple, pratique et peu dangereux : nous voulons parler de la ponction exploratrice qui

seule peut nous montrer, mais d'une manière évidente et palpable, quelle est la nature du liquide en présence duquel nous nous trouvons. C'est en effet à elle que nous aurons recours en dernière analyse.

Nous passons maintenant à la troisième partie du problème et nous allons voir :

3° Quelles sont les affections avec lesquelles on peut confondre la pleurésie purulente ?

Ces affections sont tout naturellement celles qui atteignent les organes voisins de la plèvre ; ces organes sont : le poumon, le cœur, le foie, la paroi thoracique, les côtes et la colonne vertébrale ; nous allons les passer rapidement en revue.

Parmi les maladies du poumon qui peuvent être confondues avec la pleurésie suppurée, c'est sans contredit la tuberculose pulmonaire qui est la plus fréquente. Et souvent le médecin est embarrassé ; car, avant même d'arriver à la période de cachexie et de fièvre hectique, les troubles généraux et locaux ne diffèrent de ceux de la pleurésie suppurée que par des nuances insuffisantes pour baser un diagnostic. Il faut se rappeler alors que c'est l'examen physique qui peut seul trancher la question. En effet, une matité très-étendue, limitée à l'un des côtés, avec diminution des vibrations thoraciques et silence respiratoire, alors qu'on constate une intégrité plus que complète du côté opposé, excluera l'idée de la tuberculose, dans laquelle les vibrations de la voix sont normales ou exagérées, la respiration plutôt rude que faible et mêlée de râles et de craquements. Enfin on rencontre ces signes plus fréquemment à la base dans la pleurésie, et au sommet dans la tuberculose.

Dans la pneumonie de la base on constatera des râles, et, surtout, une augmentation des vibrations qui, à elle seule, suffira pour écarter l'idée d'une pleurésie.

Nous devons signaler ici la différence qui sépare la vomique pulmonaire de la vomique pleurale. Dans la première, le pus rejeté au dehors est fortement coloré par le sang et les débris de poumon,

parmi lesquels on trouve des fibres élastiques. Aussitôt après, les signes stéthoscopiques changent, et la matité est remplacée par les signes cavitaires : souffle caverneux, respiration amphorique. La vomique pleurale, au contraire, amène un pus phlegmoneux, jaunâtre ou verdâtre, en quantité considérable (deux ou trois litres), généralement d'une odeur moins fétide. L'irruption du pus dans les bronches produit quelquefois une angoisse terrible, voisine de l'asphyxie. M. Moutard-Martin a même cité un cas de mort, et le malade, au milieu d'efforts de vomissement, rend par la bouche et par le nez, suivant l'expression de M. Dieulafoy, « des flots de liquide purulent. »

Les tumeurs de la plèvre et du médiastin présentent des symptômes qui sont communs à la pleurésie purulente : voussure, matité, silence respiratoire, bronchophonie, égophonie. On se basera encore dans ce cas sur l'exagération des vibrations thoraciques, car les tumeurs solides forment un bon conducteur du son. De plus, on pourra constater un développement du réseau veineux sous-cutané par suite de la gêne de la circulation centrale, et un œdème de la paroi thoracique qui est toujours étendu au lieu d'être limité comme dans la pleurésie.

Enfin la présence de tumeurs ganglionnaires dans l'aisselle devra faire penser à un cancer.

Certaines maladies du foie, et, en particulier, les kystes hydatiques, peuvent ressembler tellement à un épanchement pleurétique purulent, que des erreurs de diagnostic ont été commises et que quelquefois on se trouve très-embarrassé, parce que, dans les deux cas, on trouve les mêmes symptômes : déformation de la poitrine, voussure, matité à la base, absence du murmure vésiculaire, de vibrations de la voix et déplacement des organes voisins. Ici, c'est la percussion qui pourra nous éclairer. D'après Frerichs, la limite supérieure de la matité formerait une courbe concave en haut ou sinueuse (Damoiseau) dans la pleurésie, tandis que la même courbe serait convexe dans les maladies du foie. Dans ces dernières, le bord cartilagineux des côtes serait rebroussé en dehors, phénomène qui n'existe pas dans la pleurésie. Bref, on devra tenir compte du début de la maladie et des commémora-

tifs pour savoir s'il n'y a pas eu précédemment de l'ictère, des coliques hépatiques, etc.

La péricardite peut aussi, dans certains cas, être prise pour une pleurésie du côté gauche ; mais les modifications des bruits cardiaques et l'intégrité des bruits pulmonaires mettent sur la voie du diagnostic.

Enfin, on a publié plusieurs observations dans lesquelles des abcès froids, symptomatiques de la carie costale, ont été pris pour des épanchements pleurétiques purulents (1). Dans ces cas, relativement assez rares, le médecin ne peut arriver au diagnostic que par un examen attentif de la marche de la maladie.

Pour terminer ce paragraphe, nous dirons que les anévrysmes du cœur ou des gros vaisseaux ont pu être confondus avec certains épanchements pleurétiques purulents en rapport avec le cœur et auxquels, pour cette raison, on a donné le nom d'empyème pulsatile.

Nous voilà arrivés à la quatrième question du problème :

4° Existe-t-il des complications ?

Nous avons vu dans un chapitre précédent quelles étaient les complications de la pleurésie suppurée. Il faudrait, pour être absolument complet, faire ici le diagnostic des phlegmasies, telles que : péritonite, pneumonie, péricardite, etc., qui peuvent se produire dans la pleurésie ; mais cela nous obligerait à des développements qui ne seraient pas en rapport avec les proportions d'un travail comme celui-ci, et qui nous entraîneraient beaucoup trop loin. Nous devons nous borner à dire que l'on doit rechercher avec le plus grand soin l'existence des complications qui sont souvent le sujet d'indications très-importantes.

(1) Damaschino, loc. cit., p. 97 et suiv.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

Le pronostic de la pleurésie suppurée est grave : telle est la phrase consacrée par tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, lorsqu'ils arrivent au chapitre du pronostic. Cependant, si l'on compte le nombre de guérisons qu'ils ont relatées dans les observations publiées par eux, ou si l'on étudie les statistiques telles que celles de Bowditch en Amérique, et de Goupil en France, on n'est pas peu surpris de voir combien ces guérisons sont nombreuses. Il est probable que dans ces publications il y a un peu d'exagération, soit qu'on n'ait pas suffisamment tenu compte des cas malheureux, soit qu'on ait, au contraire, trop insisté sur des cas très-bénins ou plutôt douteux.

M. Gayraud, dans ses réflexions sur l'observation qu'il a publiée dans la Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier, insiste sur la gravité du pronostic dans les pleurésies purulentes, même chez les enfants, dont l'organisme offre en général bien plus de ressources que chez les gens âgés.

Du reste, tous les auteurs sont unanimes pour recommander aux médecins une grande réserve sur ce point. Voici l'opinion de Trousseau à ce sujet :

« La pleurésie purulente, dit-il, est essentiellement grave et tue souvent ceux qui en sont affectés, car il faut regarder comme excep-

tionnels les cas dans lesquels la guérison s'opère par les seuls efforts de la nature » (1).

Cela est vrai, et nous sommes de son avis, lorsqu'on abandonne la maladie à elle-même ou qu'on applique un traitement purement médical. Mais si l'on intervient chirurgicalement, et si l'on tient compte des magnifiques résultats obtenus par l'opération de l'empyème, depuis l'emploi des antiseptiques et du pansement de Lister, alors on est en droit de conclure, et les observations que nous publions en sont une preuve, que le pronostic de la pleurésie purulente est moins grave aujourd'hui qu'autrefois.

(1) Trousseau, Clin. 2e édit., t. I, p. 649.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Il est à peu près généralement admis que la pleurésie purulente ne guérit pas spontanément. Livrée à elle-même, la maladie prend habituellement une marche progressive : les symptômes généraux s'aggravent assez rapidement, la dyspnée, de plus en plus intense, épuise les malades, dont les fonctions digestives se détériorent; les sueurs abondantes et la diarrhée viennent s'ajouter aux autres causes d'affaiblissement, et si le médecin ne se hâte d'intervenir, on voit apparaître la fièvre hectique et le marasme, qui sont les avant-coureurs d'une mort certaine.

Cela posé, comment le médecin doit-il intervenir ? Est-ce par un traitement interne ? Aujourd'hui la question est jugée, et si tous les auteurs ne sont pas de cet avis, du moins la plus grande majorité pense que tout traitement interne est absolument insuffisant. Cela ne veut pas dire que le traitement interne soit inutile ; bien loin de là, au contraire, nous pensons qu'il est absolument nécessaire d'établir un traitement général reconstituant pour subvenir aux ressources qu'exige un organisme profondément débilité. C'est ainsi qu'on prescrira « les toniques, une alimentation substantielle, l'emploi des préparations amères pour stimuler l'appétit et, en première ligne, les susbtances capables de relever, passagèrement il est vrai, mais rapidement, les

forces, comme les boissons alcooliques et le café ; l'usage de la viande crue est aussi très-utile. » (1).

Ainsi c'est une intervention chirurgicale qui est nécessaire. Mais avant de décrire les procédés opératoires, nous devons nous demander quelles sont les indications et les contre-indications de cette opération. C'est ce que nous allons faire maintenant.

Toutes les fois qu'il existe dans l'organisme une collection purulente, on doit l'évacuer. On peut donc dire, en thèse générale, que « dès que la présence du pus est constatée, l'indication de l'opération de l'empyème se pose d'elle-même. » Cependant, comme le diagnostic de la purulence est très-difficile, que souvent une ponction exploratrice est nécessaire pour arriver à une certitude sur ce point, qu'en somme, on peut commettre une erreur, et que la ponction n'est pas absolument sans danger, il faut avoir profondément réfléchi et y regarder à deux fois avant de pratiquer cette ponction, d'autant plus que la marche de la maladie pourra donner lieu à des indications différentes.

La pleurésie peut, en effet, présenter deux formes bien distinctes : une forme aiguë à marche rapide, avec fièvre, délire et symptômes généraux très-marqués ; ou bien la purulence se sera établie d'une façon secondaire, la maladie aura pris dès le début une marche chronique.

La plupart des médecins disent qu'il ne faut pas opérer dans le premier cas, ou, du moins, qu'il faut attendre une rémission passagère qui est, paraît-il, constante et pendant laquelle les phénomènes généraux s'amendent, tandis que, dans le second cas, l'opération est nécessaire et toujours indiquée (2), même quand l'épanchement est peu abondant ; du moment qu'il y a du pus, il faut l'évacuer.

Ici se pose tout naturellement la question de savoir si l'on doit opérer toutes les fois qu'on a reconnu l'existence du pus. On ne peut

(1) Damaschino, loc. cit., p. 119.
(2) Laënnec, loc. cit., p. 213-214.

pas faire une réponse trop affirmative ; en effet, il existe des contre-indications formelles. Ainsi, par exemple, dans les cas d'infection purulente, de morve aiguë, de fièvre puerpérale, où la pleurésie purulente n'est qu'une complication relativement peu importante en comparaison de l'état général, alors l'opération est inutile et parfaitement contre-indiquée. En dehors de ces cas, toutes les fois que la purulence du liquide est bien établie, il y a urgence à opérer promptement.

L'apparition d'une vomique a été interprétée différemment par les auteurs. Les uns la considèrent comme une indication à opérer d'urgence, à cause de la communication de la cavité pleurale avec l'air extérieur et des phénomènes putrides qui pourront en résulter ; pour les autres, c'est un phénomène heureux qui doit amener la guérison et par conséquent une contre-indication. Là encore tout dépendra des circonstances au milieu desquelles la vomique s'est produite, car bien souvent le soulagement produit par elle n'est que passager, l'épanchement se reforme, et l'expectoration ne suffit pas à débarrasser le malade, en sorte que l'opération s'impose de nouveau.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'on est décidé à intervenir chirurgicalement, quel point choisira-t-on pour pratiquer l'opération ? Il n'est guère possible d'établir de règle générale, d'abord parce qu'on n'a pas toujours le choix et qu'on est obligé d'ouvrir la poitrine *au lieu de nécessité* si bien décrit par Hippocrate, dans le passage que nous citons plus loin, lorsqu'il recommande de faire l'incision à l'endroit de la poitrine où le gonflement et la douleur prédominent ; ensuite parce que les médecins ne sont pas d'accord sur le lieu d'élection.

Il serait trop long d'examiner toutes les opinions émises à ce sujet, depuis celle de Walter, qui préconise le quatrième espace intercostal, jusqu'à celle de Vésale, qui préfère le onzième. « Le lieu communément adopté par les chirurgiens pour faire l'opération de l'empyème, dit Laënnec, consiste à l'établir dans le point le plus déclive de la partie antérieure latérale du thorax » (1). C'est encore l'opinion la plus géné-

(1) Laënnec, loc. cit., pag. 217.

ralement admise aujourd'hui. Seulement, commele point le plus déclive peut varier suivant la position du sujet, on suppose le malade, non pas debout, mais couché et un peu tourné du côté affecté. Dans cette position, le point le plus déclive est situé latéralement ou un peu en arrière au niveau du sixième ou du septième espace intercostal. En somme, ce qu'il faut surtout rechercher, c'est que l'écoulement du liquide se produise le plus facilement possible, et qu'aucun organe voisin puisse être lésé dans l'opération.

La question de savoir s'il fallait évacuer le liquide en totalité n'a pas été appréciée de la même façon par tous les auteurs. Les uns, et à leur tête M. Sédillot, soutiennent qu'il faut en laisser une partie dans la cavité pleurale, pour permettre au poumon de reprendre graduellement son volume primitif ; les autres, et ce sont les plus nombreux, admettent, avec Bricheteau et M. Moutard-Martin, qu'il y a tout avantage à enlever le plus de liquide possible, parce que le malade éprouve plus de soulagement par suite de la cessation de la compression des organes thoraciques et de la disparition de la dyspnée et de l'angoisse qui le tourmentaient.

C'est ici le lieu d'examiner quelle est l'influence de la présence de l'air dans la plèvre. Eh bien ! contrairement à ce que l'on croyait autrefois, on est à peu près d'accord aujourd'hui pour admettre que ce n'est pas tant la pénétration de l'air que son séjour dans la plèvre qui est à redouter.

M. Marotte (1) attribue à l'air une triple action : 1° une action mécanique, en s'opposant à la dilatation du poumon et en favorisant l'affaissement de la paroi thoracique ; mais ce résultat est incontestablement moins dangereux que la présence d'une collection purulente ; 2° une action irritante, en arrivant sur la surface pleurale déjà enflammée ; il l'irrite davantage et produit une inflammation encore plus aiguë. Cela est vrai pour les épanchements récents ; mais dans la pleurésie

(1) Rapport sur la paracentèse du thorax. (Bulletin de la Société méd. des hôpitaux. T. II, p. 166).

chronique, des fausses membranes, plus ou moins épaisses, ont transformé la cavité de la plèvre en une poche kystique close, à parois épaisses, inertes et inaptes à l'absorption, dans laquelle l'air extérieur peut pénétrer sans inconvénient. Et voici d'après Gendrin ce qui se passe :

« On voit alors, à la surface de la plèvre, une couche grisâtre, puriforme, épaisse, infiltrée de sérosité trouble. Le liquide qui s'écoule au dehors est fétide : d'abord séro-purulent, puis séreux et jaunâtre. Quant à la couche grisâtre qui recouvre la plèvre, elle se vascularise, remplit la cavité pleurale, fait adhérer les deux plèvres ensemble, puis le poumon, aux parois thoraciques (1) ». Ce résultat a été parfaitement décrit par Laënnec (2) ; 3° enfin Marotte admet une action putréfiante. Mais pour que le travail réparateur dont nous venons de parler puisse s'accomplir, il faut que l'air circule et soit continuellement renouvelé ; car, pour peu qu'il séjourne dans la cavité pleurale, il s'altère et détermine des accidents putrides. Du reste, Gosselin tranche parfaitement la question en disant que : « Songer trop à l'introduction de l'air, c'est éloigner les praticiens d'une opération qui offre moins de danger que la maladie pour laquelle elle est la seule ressource » (3).

Nous voici maintenant arrivés à la question de savoir comment on doit opérer.

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Disons tout de suite qu'il existe deux méthodes :

1° La première, dans laquelle on s'efforce d'éviter toute pénétration de l'air dans la plèvre, consiste en une simple ponction : c'est la thoracentèse ;

(1) Gendrin, Histoire des inflammations. T. I, p. 200.
(2) Laënnec, loc. cit., p. 215.
(3) Gosselin. Rapport sur la thoracentèse. (Acad. de méd., 8 août 1865).

2° Dans la seconde, au contraire, on ouvre la poitrine sans se préoccuper de la pénétration de l'air extérieur. Cette dernière méthode comprend deux procédés : 1° l'incision large de l'espace intercostal, c'est l'opération de l'empyème ; 2° le drainage, qui consiste à pratiquer deux ou plusieurs ouvertures pour faciliter l'écoulement du pus.

Un mot sur chacun de ces procédés.

Autrefois on pratiquait la thoracentèse avec un simple trocart de dimension moyenne, et l'opérateur se contentait de fermer la canule avec le doigt ; mais, à mesure que l'on se préoccupa d'empêcher l'introduction de l'air, la canule subit de nombreuses modifications. C'est ainsi que Schuh inventa une canule à valvules qui s'ouvraient à chaque expiration et se fermaient spontanément à chaque inspiration. Reybard eut l'idée de fixer un cylindre de baudruche mouillée au pavillon de la canule, qui laissait écouler le pus et ne laissait pas pénétrer l'air.

« Trousseau faisait une petite incision préalable à la peau, au niveau du huitième espace intercostal, puis un aide attirait la peau vers la partie supérieure, de façon que la plaie répondît au septième espace intercostal, au niveau duquel il enfonçait le trocart. La canule retirée, la peau revenait à sa place, et l'air ne pouvait pénétrer dans la cavité pleurale (1). »

Aujourd'hui, il existe des appareils qui permettent d'agir avec une sécurité absolue et rendent presque nuls les dangers de la thoracentèse : nous voulons parler des appareils aspirateurs de Dieulafoy et de Potain, qui sont tellement répandus, qu'il est inutile d'en faire ici la description, parce qu'ils sont certainement connus de tous les médecins.

Cependant nous donnons la préférence à l'appareil de Potain, parce qu'il est d'une manœuvre très facile et que la disposition de sa canule la rend inoffensive pour le poumon, qui peut être au contraire blessé

(1) Dubrueil, Éléments de méd. opérat., pag. 577.

par la pointe des aiguilles de Dieulafoy, lorsqu'il se distend trop brusquement. Cela posé, voici comment on devra opérer. Le malade étant couché sur le côté opposé à l'épanchement, ou assis sur son lit, ce qui est plus commode quand la dyspnée est intense, le trocart est enfoncé avec précaution au niveau du lieu d'élection, et perpendiculairement à la paroi thoracique, jusqu'à une profondeur de quatre à six centimètres, suivant l'épaisseur de cette paroi.

« L'accès de toux dont le malade était généralement atteint par la méthode ancienne, et qui était dû au déplissement rapide du poumon, est fort rare quand on emploie un trocart comme celui des appareils aspirateurs. Le liquide évacué, on retire la canule et on applique sur la piqûre un morceau de baudruche enduit de collodion. » (1) Après l'opération on peut laisser à demeure, dans la plèvre, une canule au moyen de laquelle on peut faire des injections. Mais le double siphon de Potain est beaucoup plus pratique, à tous les points de vue ; car il permet de vider complètement la cavité pleurale et d'y faire des lavages au moyen d'un courant de liquide, sans risquer d'y introduire de l'air.

Empyème. — L'opération de l'empyème consiste à ouvrir largement la cavité pleurale.

Elle a été si bien décrite par Hippocrate, que nous ne pouvons pas mieux faire que de citer ses propres paroles :

« On asseoit le patient sur un siège solide... Quant à vous, le secouant par les épaules, vous écoutez de quel côté le bruit se fait entendre. S'il n'y a pas de bruit, vous ferez, du côté où il y a du gonflement et le plus de douleur, une incision aussi bas que possible, plutôt en arrière du gonflement qu'en avant, afin que l'écoulement du pus soit fait. Vous inciserez entre les côtes, avec un bistouri convexe, la peau d'abord ; puis, prenant un bistouri pointu, vous l'entourerez d'un linge à la pointe, et vous en laisserez libre la longueur de l'ongle

(1) Dubrueil, loc. cit, p. 583.

du pouce : alors, vous enfoncerez l'instrument. Ayant laissé couler autant de pus que vous le jugerez convenable, vous mettrez une tente de lin écru, que vous attacherez avec un fil. Vous évacuerez le pus une fois par jour. Au 10e jour, vous mettrez un linge pour tente, pius vous injecterez avec une canule du vin et de l'huile tiède. On évacuera l'injection du matin le soir, et celle du soir le matin.

Quand le pus devient ténu, vous mettez une tente d'étain creuse, vous rognez la sonde peu à peu, et vous cicatriserez la plaie jusqu'à ce que vous retiriez la sonde. » (1)

On choisira, comme pour la thoracentèse, le sixième espace intercostal, et sur le tiers moyen de cet espace, à égale distance des côtes supérieure et inférieure, on fera une incision de quatre centimètres qui divisera successivement tous les tissus, jusques et y compris la plèvre. Cette incision ira en diminuant d'étendue des parties superficielles aux parties profondes. La plèvre ouverte, le liquide évacué, on peut laver par une injection la cavité pleurale et placer à demeure une mèche, une canule, l'appareil à irrigation de Potain. C'est encore à M. Dubrueil que nous empruntons le manuel opératoire de l'opération. Cette opération doit toujours être précédée, d'après M. Kiener, d'une ponction exploratrice, qui permettra de reconnaître qu'on est bien sur le lieu d'élection.

On a reproché à l'empyème la pénétration de l'air dans la plèvre ; mais nous avons vu comment ce reproche devait être apprécié. On a dit aussi que la pression de l'air sur la paroi externe du poumon provoquait sa rétraction et par suite la dépression thoracique consécutive. Cela est vrai, mais il faut ajouter que cet affaissement de la paroi thoracique a lieu, alors même qu'on emploie les plus grands soins pour empêcher l'air de pénétrer dans la cavité pleurale. Du reste, cette dépression n'est souvent que temporaire, surtout chez les enfants. Pour remédier à cet inconvénient, Laënnec proposait de faire le vide « avec une ventouse à pompe » pour forcer le poumon à aller à la ren-

(1) Hippocrate, traduct. Littré.

contre de la paroi thoracique (1). Dans ces derniers temps on a pratiqué une opération, qu'on pourrait appeler inverse, pour permettre à la paroi thoracique d'aller à la rencontre du poumon, et favoriser ainsi l'accollement des deux feuillets du kyste pseudo-pleural, c'est la résection costale, ou opération d'Estlander. Elle a été pratiquée dans l'une des observations que nous publions par M. le professeur Dubrueil, et les résultats ont été satisfaisants.

« Je ne pense pas, dit Laënnec, qu'on songe jamais à revenir à la térébration d'une côte, employée par les Asclépiades. Ce procédé, qui ne présente aucun avantage sur les autres, devait avoir des inconvénients qu'ils n'ont pas, tels que l'emploi d'un instrument plus difficile à maîtriser qu'un bistouri, la carie de la côte perforée, les végétations osseuses qui doivent se former autour de l'ouverture, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, si l'on y maintient une canule ; sa prompte oblitération dans le cas contraire. » (2)

Cependant M. Sédillot a proposé, vanté et pratiqué ce procédé (3) ; mais nous ne pensons pas qu'il ait beaucoup d'imitateurs.

Drainage. — Enfin il nous reste à parler d'un autre procédé, le drainage préconisé en Angleterre par Kild et par Banks, et répandu en France par M. Chassaignac. Voici comment ce chirurgien distingué expose lui-même son manuel opératoire : « Dans les épanchements purulents, dit-il, notre traitement consiste à établir une anse à drainage qui, pénétrant dans l'espace intercostal sur l'un des points de son trajet et ressortant à une distance plus ou moins grande du même espace, est laissée en place en guise de séton permanent jusqu'à l'époque où, le travail de purulence paraissant épuisé, l'emploi du tube sera devenu inutile. » (4).

(1) Laënnec, loc. cit., p. 220.
(2) Laënnec. Ibid., p. 216.
(3) Sédillot, Contribution à la chirurgie, t. I. Paris, 1868.
(4) Chassaignac, Traité de la suppuration.

Ce procédé a l'avantage d'éviter la sortie trop rapide du pus, tout en assurant son évacuation complète, et en permettant les lavages au moyen d'injections tout comme dans l'opération de l'empyème.

Quel que soit le procédé employé pour évacuer le pus, le malade éprouve presque toujours un grand soulagement aussitôt après l'opération : l'angoisse et la dyspnée cessent, la respiration se fait presque librement. Mais cet état de bien-être n'est en somme qu'un effet mécanique de l'évacuation du pus, et il ne suffit pas d'assurer l'écoulement de ce dernier, il faut encore en tarir la source. C'est au moyen des injections détersives qu'on obtiendra ce but. Les anciens les pratiquaient déjà dans l'antiquité : Hippocrate employait le vin tiède mélangé d'huile. Au temps de Guy de Chauliac et d'Ambroise Paré, on employait des décoctions de plantes amères et aromatiques mêlées de miel rosat, la teinture d'aloès. Plus tard, au commencement de ce siècle, les injections furent presque abandonnées. Ce fut seulement vers 1840, grâce aux insistances de Bretonneau et de Trousseau, que leur efficacité rentra dans le domaine des faits acceptés. Boudant, en 1846, pratiqua la première injection de teinture d'iode. Il serait trop long d'énumérer tous les liquides employés depuis lors et leur action ; nous dirons seulement qu'il est permis de croire aujourd'hui que l'effet mécanique du lavage est pour beaucoup plus dans les résultats heureux qu'on a obtenus que l'action chimique des substances employées. Ceci explique comment Bennet (1) réalisait les mêmes bons effets par de simples injections d'eau tiède. Dans les observations que nous rapportons on a eu recours à des solutions d'acide borique, salycilique, de teinture d'aspic, etc.

(1) Bennet, Leçons cliniques, p. 619.

CHAPITRE VII

Nous avons réuni dans ce chapitre cinq observations que nous avons recueillies dans les salles de l'hôtel-Dieu St-Eloi, sauf la quatrième qui avait été publiée par M. Gayraud dans la Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier. Parmi les autres, la troisième avait déja été rapportée dans la thèse de M. Urpar. Enfin nous devons des remercîments à ceux qui ont bien voulu nous aider dans nos recherches et en particulier à MM. Bonnefous, chef interne à l'hôpital St-Eloi, et A. Farrat, élève du service militaire, qui nous ont donné quelques renseignements sur les malades dont nous rapportons les observations.

OBSERVATIONS

Observation Ire

(PERSONNELLE)

Pleurésie chronique. — Epanchement séro-purulent. — Thoracentèse. — Opération de l'empyème

J.-L..., âgé de 32 ans, a exercé la profession de mineur ; il entre à l'hôpital St-Eloi, le 4 mai 1884, et occupe le n° 27 de la salle St-Lazare (service de M. le professeur-agrégé Mossé).

Antécédents héréditaires. — J.-L... est fils naturel et n'a pas connu son père ; sa mère est morte lorsqu'il était tout enfant ; ses grands-parents sont parvenus à une extrême vieillesse.

Antécédents personnels. — Il n'a eu d'autre maladie que la variole : il était robuste et vigoureux, d'une complexion assez forte et d'un tempérament sanguin.

Histoire de la maladie actuelle. — Au mois de septembre dernier, après avoir supporté la pluie, lorsqu'il était en sueur, il fut pris de frissons répétés, d'une vive douleur au côté gauche : la toux et la dyspnée ne se firent pas attendre. Après 20 jours de soins insuffisants

il entre à l'hôpital de Villefranche, où il resta 35 jours. Le traitement qu'on lui appliqua consiste en deux vésicatoires. Quand il sortit, la dyspnée n'avait pas diminué.

Il se décida alors à entrer à l'hôtel-Dieu de Lyon, d'où il ne sortit que six mois après.

Pendant les cinq premiers mois, la maladie de poitrine est traitée sans aucun résultat par les pointes de feu, à cinq reprises.

Il y a un mois, on ponctionne la poitrine et on donne issue à environ 2 litres et demi de liquide jaunâtre. Huit jours après, le malade quitte l'hôpital de Lyon dans un état plus satisfaisant. Voyageant à pied de Lyon à Montpellier, il a l'imprudence, le corps étant en sueur, de boire de l'eau très-froide.

Les accidents thoraciques reprennent une intensité nouvelle ; les frissons et la dyspnée reparaissent. Il se traîne à grand'peine jusqu'à Montpellier, où il entre à l'hôpital Saint-Eloi le 4 mai 1884.

État du malade à son entrée.

Dyspnée intense. Examen : sur toute l'étendue du poumon gauche, matité absolue, *tanquam percussi femoris*, vibrations conservées, peut-être même exagérées. Le cœur bat à deux travers de doigt du sternum, l'auscultation révèle un bruit de souffle. La thoracentèse est pratiquée le 5 mai, et on retire 2 litres 250 d'un liquide louche, séro-purulent (très-grand nombre de leucocytes). Cette opération n'est suivie ni de toux, ni d'accident d'aucune sorte ; le malade se sent bien soulagé.

Après l'évacuation du liquide, le cœur est revenu dans la ligne médiane ; mais les vibrations, la matité et un souffle plus intense encore ont persisté, ce qui indique l'existence de fausses membranes très-épaisses ; on n'a pas d'ailleurs évacué tout le liquide. Au dessus du mamelon, se trouve une zone sonore constituée probablement par le poumon refoulé. Lorsque le malade s'incline fortement du côté gauche, cette sonorité s'obscurcit. Cette zone est limitée par une ligne à concavité supérieure passant au-dessus du mamelon et remontant vers l'aisselle.

Jusqu'au 20, état stationnaire ; le malade assez indocile se lève, la déviation du cœur est plus marquée ; cependant, la dyspnée n'est pas intense.

21. — Dans la matinée le malade est pris de quintes de toux ; il se produit une vomique donnant environ 1 litre d'un liquide jaunâtre spumeux.

22. — La vomique continue ; le malade est un peu soulagé (apyrexie).

23-26. — La dyspnée, qui n'était pas très-intense, prend des proportions inquiétantes ; le malade ne peut s'allonger dans son lit.

31. — La thoracentèse est de nouveau pratiquée. Elle donne environ 2 litres de liquide séro-purulent plus foncé que la première fois.

2 juin. — Le malade a un accès de fièvre. Température, 40 degrés. 1 gramme sulfate de quinine. — Le cœur revient un peu vers le sternum.

3, 4, 5, 6 et 7. — Température vespérale élevée (39°-40°). Le malade crache beaucoup de pus. L'épanchement est remonté au niveau du mamelon. Le cœur est encore dévié. En faisant remuer le malade, on perçoit très-nettement le bruit de flot.

8 et 9. — Nouvelle vomique. Température : soir 40°, matin 39° ; crachats abondants séro-purulents.

11 au matin. — Opération de l'empyème. L'ouverture de la plèvre donne issue à un liquide purulent mal lié (environ 5 à 6 litres).

Une incision de 6 centimètres de diamètre, limitée en arrière par le bord externe de l'omoplate et en avant par une ligne passant par le milieu du creux de l'aisselle, est pratiquée au niveau du 6e espace intercostal, après une ponction exploratrice au même niveau.

Deux tubes de caoutchouc sont placés dans la plèvre pour permettre le lavage. Pansement de Lister.

Température après l'opération : 38°1, pouls 100 ; lait, bouillon, julep diacodé.

Le cœur revient sous le sternum et un peu à gauche. Lavages à l'acide salycilique. Solution à 10/1000. Mieux sensible ; le malade ne tousse plus, ne crache plus, dort pendant la nuit.

11. — Pouls 112, soir 38°7.

12. — Pouls 112, soir 38°5. — Respon 28.

Deux lavages par jour. Après 2 seringues d'injection, le liquide sort limpide.

La suppuration n'est pas très abondante.

Depuis cette époque, la situation s'est progressivement améliorée ; le malade a repris de l'appétit et des forces. La suppuration a considérablement diminué. Et aujourd'hui 31 juillet le malade est dans un état très-satisfaisant.

Observation II

Pleurésie purulente. — Fistule pleuro-bronchique. — Opération de l'empyème.— Guérison

T.., 2me génie,24 ans, 18 mois de service ; bien portant jusqu'au moment de la maladie actuelle, qui débute le 22 mars par un malaise général, la sensibilité au froid, et un point de côté à droite. Dès le troisième jour, le malade est envoyé à l'infirmerie, puis à l'hôpital, où il est admis, le 6 mars, dans la salle St-Joseph, 9, service de M. le Dr Kiener. Le malade n'a point gardé de suffisants souvenirs des symptômes du début, pour qu'il soit possible de faire l'histoire de sa maladie d'après son témoignage.

Le tracé thermique, pris depuis le 6 mars, montre une température variant de 38°5 à 39°5 pendant tout le mois de mars et le mois d'avril, avec quelques courtes rémissions dans les derniers jours de mars et le commencement du mois d'avril. Les symptômes dominants ont été la fièvre, la toux, l'expectoration et la dyspnée, ainsi qu'en témoigne la

médication (digitale, kermès, ventouses fréquentes, répétées, six vésicatoires successivement appliqués sur le côté droit).

Etat actuel. — Amaigrissement, anémie profonde, sueurs abondantes, toux fréquente, crachats purulents adhérents au vase. Il existe un épanchement assez abondant au côté droit, dont le sommet est à l'épine de l'omoplate, et dont la branche intérieure vient croiser en avant le mamelon. Sous la clavicule droite, submatité skodique, et diminution de la respiration sans autre signe apparent. A gauche, respiration normale, mais sur toute la hauteur, en arrière, râles sous-crépitants et sibilants ; en avant, respiration rude et supplémentaire. Poumon légèrement dilaté dans son lobe antérieur ; la matité du cœur s'étend jusqu'au bord droit du sternum ; les bruits sont faibles, lointains, sans existence de bruits anormaux. Il existe une dilatation du cœur droit. La gêne de la circulation est encore accusée par un déplacement de la base du foie, qui dépasse de deux travers de doigt le rebord des côtes et qui est encore sensible à la pression. Néanmoins, il n'y a pas d'œdème malléolaire. L'appétit est assez bien conservé. Le malade a eu de la diarrhée à différentes reprises ; mais actuellement les selles sont régulières, le ventre est un peu météorisé; il est indolent à la pression, mais il a été le siège d'une douleur à différentes reprises.

L'expectoration n'est pas modifiée ; le malade rend des crachats avec des bactéries; il a des sueurs profuses, pas de diarrhée ; l'expectoration est toujours purulente et abondante ; chaque effort de toux amène la valeur d'une cuillerée de pus, « battu d'air ». Il n'y a pas eu jusqu'à présent de vomique à proprement parler ; néanmoins l'examen de la poitrine montre une légère voussure du côté droit ; le périmètre gauche est de 0,40 cent., le droit de 0,44 cent. A la percussion on constate que l'épanchement pleural a son sommet à deux travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate ; le niveau de l'épanchement traverse obliquement l'aisselle et croise le mamelon. Dans toute cette étendue, absence de respiration et de vibration ; pas de souffle, pas de gargouillement. Au-dessus de l'épanchement existe en avant une sonorité tym-

panique de nature skodique, au niveau de laquelle on entend la respiration un peu rude et exagérée. Le sommet droit, en arrière, donne de la submatité, pas de souffle. Le côté gauche est parfaitement sonore et montre seulement les râles humides de la bronchite. Etat général : apyrexie, sueurs profuses, amaigrissement et anémie considérables.

29 mai. — La persistance des signes de pleurésie, depuis le début de la maladie, dans le côté droit de la poitrine, et les qualités de l'expectoration, qui, sans être fournie par vomiques, est cependant complètement purulente et évacuée à chaque effort de toux ; l'absence de toute excavation pulmonaire et de dilatation bronchique font penser qu'il existe une pleurésie purulente en communication avec les bronches sans vestige de pneumothorax. En conséquence de ce diagnostic, une ponction exploratrice est pratiquée dans le huitième espace intercostal et donne issue à du pus lié, homogène et d'odeur fade. L'opération provoque quelques quintes de toux, qui sont bientôt apaisées. Dans la journée, le malade n'a plus toussé ni craché ; les sueurs sont interrompues.

Le lendemain, le malade expectore de nouveau des crachats purulents battus d'air. L'épanchement s'est en grande partie reproduit en arrière et occupe les même limites qu'hier. En avant, le niveau a baissé de trois travers de doigt ; il vient s'éteindre le long d'une verticale passant par le milieu de l'aisselle. Absence complète de respiration dans l'épanchement ; aucun signe de pneumothorax ; le trajet fistuleux doit présenter une disposition en soupape, et ne s'ouvrir que de la cavité pleurale vers les bronches lorsque l'abondance de l'épanchement devient une cause de pression.

31 mai. — Le malade ayant éprouvé, la veille, une recrudescence de la fièvre avec accès de dyspnée et crachats purulents, l'opération de l'empyème est décidée sans retard ; le malade étant assis et non chloroformé, le bord supérieur de la neuvième côte est tracé sur une longueur de 7 cent., en arrière de la verticale passant par le rebord de l'aisselle. Une ponction exploratrice ayant été faite dans le huitième espace, l'incision est faite à 8 mill. au-dessous. L'opération a été achevée sans

présenter aucune particularité. La quantité de pus qui s'est écoulée est considérable, elle n'a pas été évaluée. Dans la journée, calme, pas de toux ni d'expectoration.

Deux tubes de caoutchouc sont placés dans la plèvre pour permettre des lavages, qui sont pratiqués deux fois par jour.

Le liquide employé est le suivant :

Acide salycilique....	6 gram.
Alcool.....	50 —
Eau distillée.....	1000 —

Pansement de Lister.

A partir de ce moment, la température retombe à 37°. Le malade, qui a recouvré son appétit, mange avec plaisir et reprend des forces.

Aujourd'hui 31 juillet, le malade, qui a repris son embonpoint et sa gaîté ordinaire, est dans un état très-satisfaisant, qu'on peut considérer comme une guérison complète.

Observation III

(Publiée par M. le professeur-agrégé Gayraud)

Pleuro pneumonie à gauche. — Epanchement purulent. — Ponctions multiples. — Trajets fistuleux persistants. — Guérison.

Mlle **X...**, âgée de cinq ans, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution délicate, a joui jusque dans ces derniers temps d'une assez bonne santé. Elle a eu seulement, depuis le sevrage, de l'impétigo de la face et du cuir chevelu et des glandes non suppurées au cou. Sa mère est morte, il y a quatre ans, à la suite d'une courte maladie sur laquelle je n'ai pu avoir de renseignements précis. Le

père vit et est très-bien portant. La grand'mère du côté paternel a succombé, jeune encore, aux progrès d'une phthisie tuberculeuse des plus caractérisées.

Vers la fin du mois de décembre 1877, la jeune X... eut une rougeole très-bénigne, dans le cours de laquelle elle toussa fort peu. Un mois après (31 janvier 1878) elle fut prise, en revenant de la pension, d'un frisson violent. Pendant la nuit, elle eut de la fièvre et toussa fréquemment. Cet état de maladie ayant persisté, malgré le séjour au lit et l'usage de boissons émollientes, je fus appelé, le 3 février au matin.

Etat actuel. — Face injectée, yeux brillants, langue sèche, rouge aux bords et à la pointe ; pas d'appétit ; toux fréquente sans expectoration, accompagnée d'une douleur assez vive à la partie latérale gauche du thorax ; à la percussion, légère matité à gauche et en arrière, au-dessous de l'épine de l'omoplate du même côté ; diminution du murmure vésiculaire à la base. Rien d'anormal à droite. Pouls à 120. Décubitus latéral gauche presque exclusif. Prescription : diète, tisane de mauve et bourrache édulcorée, looch kermétisé à 0,20, une cuillerée sirop de digitale matin et soir.

Pas d'amélioration les jours suivants.

6 février. — Fièvre, toux, matité plus étendue et de plus en plus forte à la base de la poitrine, à gauche; ni râles ni murmure vésiculaire ; pas d'égophonie; souffle bronchique au niveau de la ligne supérieure de la matité. Prescription : tisane de chiendent nitré à 2 gr. par litre, deux cuillerées de sirop de digitale, large vésicatoire à la base du thorax, à gauche ; application d'un nouveau vésicatoire tous les quatre jours ; chaque fois, les symptômes locaux généraux s'amendent le lendemain de l'application du vésicatoire, pour reprendre aussitôt après leur marche ascendante. Matité plus étendue. Décubitus impossible sur le côté droit et même dans la position dorsale ; la partie inférieure gauche du thorax paraît plus bombée que la droite. Etat général de plus en plus grave.

1er mars. — Oppression plus grande, pouls à 140.

Même état les jours suivants.

Le 5 mars, les parents refusant toute intervention chirurgicale, on suspend le traitement et on administre 2 grammes de jaborandi. Aggravation ; l'enfant paraît devoir succomber pendant la nuit.

Le 10 mars au matin, matité dans tout le côté gauche, tant en avant qu'en arrière ; cœur dévié, la pointe bat au niveau du mamelon droit ; voussure de la poitrine. Douleur vive et gonflement uniforme.

12. — Tumeur ayant acquis le volume d'une grosse noix, fluctuante sous la clavicule gauche. Consultation avec M. le professeur-agrégé Pécholier. Thoracentèse.

Opération faite le soir à trois heures, au moyen de l'appareil de Potain ; le plus gros trocart est enfoncé à la partie moyenne du septième espace intercostal gauche. Par l'aspiration continue, on extrait de la poitrine environ 1800 gr. de pus crémeux. Disparition de la tumeur, soulagement immédiat.

Du 13 au 16, amélioration. Décubitus indifférent, respiration plus facile, cœur revenu sur la ligne médiane, matité diminuée.

Les jours suivants, réapparition de la douleur, du volume d'un œuf de pigeon, vers la partie moyenne du septième espace intercostal.

Ponction pratiquée, le 8 avril, au centre de cette dernière tumeur avec les mêmes instruments et de la même manière que le 12 mars. On recueille cette fois près de 1300 gr. de pus. Disparition de la tumeur.

A la suite de l'opération, amélioration très-sensible. La matité persiste en avant, où on n'entend pas le murmure vésiculaire.

Au commencement du mois de mai, la tumeur sous-claviculaire reparaît et grossit rapidement. Peau rouge, luisante, sensible à la pression.

Le 20 mai, la tumeur a acquis le volume d'un œuf de poule. Une ponction est faite à la base avec la lancette de trousse et donne issue à un demi-verre de pus phlegmoneux. Il y a là évidemment un épanchement enkysté.

25 mai. — L'ouverture faite au-dessous de la clavicule, qui s'était fermée depuis trois jours, se rouvre pendant la nuit et fournit plus de pus que la première fois, à en juger par l'étendue des taches observées sur les pièces de literie.

Il persiste depuis cette époque un trajet fistuleux qui donne tous les jours du pus en quantité variable.

Le 31 mai, on ouvre un nouvel abcès, situé au milieu du septième espace intercostal, là où avait pénétré la deuxième fois le trocart de Potain. La quantité de pus est considérable et hors de proportion avec le volume de l'abcès, ce qui donne la preuve que c'est une collection purulente venant de la plèvre. La fistule consécutive à cette ouverture fournit très peu de pus et se ferme en moins d'un mois, sans qu'on ait rien fait pour en amener la guérison.

La fistule sous-claviculaire a persisté plus longtemps, car elle s'est fermée dans les premiers jours de novembre 1879, c'est-à-dire dix-huit mois après son apparition.

L'indocilité de la malade a été cause qu'on a dû s'abstenir de tout traitement local. A l'intérieur, on a employé la médication tonique et antiscrofuleuse sous toutes ses formes (huile de foie de morue, sirop de raifort iodé, vin de quinquina, etc.).

Aujourd'hui, la jeune et intéressante malade est bien portante. Elle tousse très-peu, peut-être un peu plus depuis que la fistule est complétement tarie ; la poitrine a repris son développement normal ; on entend partout le bruit de la respiration, et une sonorité relative est revenue presque dans tous les points. En un mot, on peut considérer la guérison comme complète et définitive.

Observation IV

(Recueillie dans le service de m. le professeur Dubrueil et déja publiée dans la thèse du Dr Urpan (Montpellier, 1884).

Empyème. — Fistule pleurale. — Traitement par injections iodées. — Lavages. — Drainage. — Opération d'Estlander.

Mme S..., d'origine Suisse, âgée de 34 ans, entre, le 29 octobre 1883, à l'hôpital St-Eloi de Montpellier, service de M. le professeur Dubrueil, où elle vient réclamer des soins pour la cure d'une fistule pleurale qui fournit depuis bientôt deux ans une abondante quantité de pus fétide.

Résumons l'histoire de notre malade.

Pas d'hérédité, manifestation scrofuleuse dans son enfance, cicatrice, à la région antéro-latérale du cou, d'adénite suppurée. Blonde, lymphatique, complexion délicate. S'est mariée en 1873, a eu trois enfants.

La première et la seconde grossesse, qui se produisent à deux ans d'intervalle, n'offrent rien de particulier ; à la troisième grossesse, accouchement prématuré d'un enfant mort.

On note les symptômes suivants :

Fièvre vive ; douleur intense au côté droit. Dans la région de l'hypochondre droit, en avant, on observe une tumeur rouge, tendue, du volume d'un œuf et qui, au dire de la malade, paraît subir un accroissement de volume aux époques menstruelles (fin 1881) ; une incision, pratiquée en janvier 1882 par le Dr Dumas (de Cette), donne issue à une grande quantité de pus ; la fistule persiste jusqu'au mois de juin, époque à laquelle elle se ferme. Immédiatement après, la toux devient plus violente, et huit jours après un autre abcès, présentant le même aspect que le premier, apparaît à 2 centimètres au-dessous. Il est ouvert

et laisse écouler une quantité considérable de pus ; persistance de la fistule. En août 1883, injections de teinture d'iode ; le pus acquiert une odeur fétide ; la malade a en même temps la sensation que son côté droit se rétracte ; c'est dans ces conditions (novembre 1883) qu'elle entre à l'hôpital.

On constate alors :

Etat général. — Assez satisfaisant ; le visage a conservé une coloration rosée et les fonctions digestives sont dans un état de parfaite intégrité.

Etat local. — A l'examen, rétraction notable de la partie droite du thorax. On trouve, au moyen des dessins pris avec le cyrtomètre ou par les mensurations directes :

Partie moyenne	Côté droit (malade)	Côté gauche (sain)
Du thorax	0, 29	0, 325
Base	0, 305	0, 32

Une fistule, située à la partie antérieure du dixième espace intercostal, livre tous les jours passage à une grande quantité de pus d'une horrible fétidité. L'exploration de ce trajet fistuleux donne la conviction que la cavité purulente est vaste et étendue dans tous les sens ; la percussion et l'auscultation révèlent, à droite et en arrière, la présence d'un épanchement.

On n'entend au sommet du même côté qu'une expiration rude et prolongée. Aucun signe de la diathèse tuberculeuse. M. le professeur Dubrueil résolut de drainer la plèvre dans le sens vertical en pratiquant la contre-ouverture pour le passage du drain, non pas dans le même espace intercostal que l'orifice de la fistule, suivant la méthode de Chassaignac, mais bien dans un espace intercostal supérieur.

L'opération fut pratiquée ; le lieu choisi pour la contre-ouverture fut la partie moyenne du quatrième espace intercostal. Pour laver la

plèvre, on installa un appareil qui était une combinaison du drainage et de la méthode de Potain.

Cet appareil, compliqué et insuffisant, fut remplacé par deux sondes en caoutchouc (portions de sonde de Nélaton) introduites l'une dans l'orifice inférieur, l'autre dans le supérieur ; le liquide détersif, poussé par l'une, ressortait par l'autre, et lavait suffisamment la cavité purulente ; les lavages étaient pratiqués deux fois par jour avec la solution d'aspic et suivis chaque fois de l'application d'un pansement antiseptique.

Le pus perdit bientôt de sa fétidité ; la fièvre tomba ; la malade semblait entrer dans une voie d'amélioration.

A part la formation de petits abcès autour de l'orifice supérieur, reconnaissant peut-être pour cause l'introduction d'un peu d'air dans le tissu cellulaire sous-cutané, et dont le drainage eut raison, tout allait pour le mieux, si bien que, le 15 décembre 1883, M. le professeur Dubrueil écrivait :

« Je puis affirmer que, sous l'influence de cette médication, l'état général s'est notablement amélioré, la quantité de pus qui s'écoule par la plèvre a considérablement diminué et, d'autre part, la sonorité, à la percussion, est revenue dans toute l'étendue du côté droit, et le murmure vésiculaire se perçoit également partout. En même temps, l'incurvation de la colonne vertébrale a subi une augmentation notable. »

La malade était considérée comme marchant vers une guérison certaine, lorsque, le 20 janvier, la suppuration devint un peu plus abondante. M. le professeur Dubrueil explore à nouveau le trajet fistuleux; l'introduction d'une sonde lui permit de constater que la rétraction thoracique, étant arrivée à ses dernières limites, ne parviendrait jamais à combler le vide qui séparait la paroi thoracique du poumon ; on pouvait facilement prévoir que la suppuration recommencerait avec la même abondance, dès que la malade aurait quitté l'hôpital.

L'état général étant bon, le malade n'étant pas albuminurique, on se décide à pratiquer la résection costale ou thoraco-plastie.

1er février. — Résection costale ou opération d'Estlander — La durée de l'opération a été de une heure et quart. Nous n'entrerons pas dans tous ses détails. L'incision faite aux téguments a la direction d'une ligne légèrement courbe, à concavité postérieure et qui réunit l'orifice fistuleux à l'ouverture artificielle pratiquée dans le quatrième espace intercostal. On sectionne les digitations du muscle grand dentelé et on arrive sur les côtes, qu'on resèque après incision du périoste et dénudation avec la rugine et la spatule. En résumé, quatre côtes sont reséquées dans une étendue de 4 centimètres et demi environ ; la plèvre pariétale est demeurée parfaitement intacte. Les parties molles sont réunies par sept points de suture métallique, un drain placé suivant le grand axe de la plaie. Le pansement antiseptique est rigoureusement appliqué.

Suites de l'opération. — L'amélioration a suivi une marche régulière, l'appétit est revenu, la fièvre est tombée ; on a successivement enlevé les drains et les points de suture : l'état général est resté bon, l'apyrexie complète. La quantité de pus fournie par la fistule a diminué sensiblement. La plaie thoracique a marché rapidement vers la cicatrisation. A l'auscultation, on entend sur toute l'étendue du thorax une respiration rude et prolongée ; la malade peut être considérée comme guérie de son opération à sa sortie de l'hôpital.

Observation V

(PERSONNELLE)

Pleurésie traumatique. — Opération de l'empyème. — Amélioration

Au n° 24 de la salle St-Eloi, service de M. le professeur Dubrueil, est couché le nommé André T..., âgé de 24 ans, garçon boucher; tempérament nervoso-sanguin, constitution moyenne. Ce malade, à son entrée à l'hôpital, le 11 juillet, raconte que dans une discussion avec un de ses camarades il a reçu un coup de couteau.

La plaie faite par l'instrument tranchant siège dans la région dorsale droite, à cinq centimètres de l'angle inférieur de l'omoplate et à six centimètres en dehors de la colonne vertébrale.

Sa direction est oblique de haut en bas et de dedans en dehors; elle mesure 2 centimètres d'étendue et 2 centimètres 1/2 de profondeur. Ses bords sont nets. La région atteinte est le siège d'un emphysème sous-cutané très-étendu.

La plaie, qui est pénétrante, a déterminé dans la plèvre un épanchement qui s'est manifesté au moment même de l'accident.

12 juillet, — Déformation en avant, augmentation de saillie. Soir, température 37° 5. Emphysème antérieur. 56 respirations.

13 juillet. — M. 37°. S. 38° 5. Matité à la base. On ne perçoit pas les bruits respiratoires. Potion codéine, lait, glycérine.

14 juillet. — M. 38°. S. 38°5. Le malade a souffert, n'a pas dormi. Matité. Absence de vibrations. Large vésicatoire à la base. 42 R.

15 juillet. — M. 38° 2. S. 38° 6. La gêne respiratoire a augmenté. Absence complète de vibrations. L'emphysème tend à se généraliser et descend très-bas en arrière. Lait; glycérine. 46 R.

16 juillet. — M. 38°. S. 38° 4. Nuit très-agitée; la dyspnée est très-forte. Consultation avec M. Kiener; son avis est qu'il y a peu d'épan-

chement. Emphysème ; 5 ventouses scarifiées à la partie antérieure ; julep, codéine.

17 juillet. — M. 38° 2. S. 38° 7. Nuit un peu plus tranquille. Le malade se plaint toujours de toute la partie droite du thorax. Anxiété respiratoire persistante. Infusion de jaborandi ; julep *ut suprà*. Pas de changement dans l'état de la poitrine.

18 juillet.— M. 38°. S. 39°. La matité a gagné en hauteur, en arrière. Continuer le jaborandi. Le malade a dormi presque toute la nuit.

19 juillet. — M. 39°. S. 38°. Le malade a passé une nuit très-tranquille. Ponction dans le 5e espace intercostal. Evacuation d'un épanchement sanguin d'environ 1225 grammes.

20 juillet. — M. 37° 7. S. 38° 2. Respiration moins gênée. Le malade est couché sur le côté droit. Matité un peu moins étendue. Bruit d'airain. La matité a diminué, surtout en avant. Infusion de jaborandi ; potion codéine.

21 juillet. — Matin, 38° ; soir, 38° 3. Le malade est moins agité que la nuit précédente ; l'anxiété respiratoire diminue ; on marque à l'aide d'un crayon de nitrate d'argent les limites de l'épanchement. — Supprimer le jaborandi.

22. — Matin, 39° ; soir, 39° 8. L'épanchement a augmenté en arrière ; le malade souffre beaucoup ; anxiété respiratoire extrême ; il réclame lui-même une 2me ponction ; signes d'hydro-hémo-pneumothorax. On pratique l'empyème dans le 6me espace intercostal droit, un peu en arrière dans la région axillaire ; l'incision mesure environ 4 centimètres d'étendue. L'opération se fait sans accident.

Evacuation d'une quantité considérable de liquide séro-sanguinolent fétide.

23. — Matin, 38° 7 ; soir, 39° 4. La respiration est beaucoup moins gênée ; le malade a passé une nuit très tranquille ; sa figure dénote plus de calme ; moins de souffrance ; lavages de la plèvre s'effectuant dans les meilleures conditions.

24. — Matin, 38, 3 ; soir, 39° 5. Décubitus dorsal ; odeur fétide

du liquide pleural ; potion avec 2 gr. extrait mou de quinquina. Il semble que le poumon revient vers la paroi thoracique.

25. — Matin, 38° ; soir, 39° 5. Lavages de la plèvre trois fois par jour ; malade assez calme ; solution d'essence d'aspic au 5/1000 ; le malade a un peu mangé dans la journée d'hier ; souffle amphorique très-manifeste.

26. — Matin 38° 5. Nuit agitée ; le malade n'a pas dormi ; pouls petit, fréquent, dicrote.

27. — Matin, 38° 4. Lavages à l'acide salycilique ; solution à 3/100; changement des drains ; matité des deux côtés ; souffle amphorique.

28. — Matin, 38° ; soir, 38° 5. La poitrine revient sur elle-même.

29. — Rien à signaler.

30. — Matin, 38°. Amélioration ; M. le Dr Kiener perçoit le tintement métallique ; le malade n'a craché jusqu'à aujourd'hui, ni pus, ni sang.

31. — Matin 37° 7. Le malade est en voie d'amélioration, quoiqu'il tousse un peu la nuit.

Si nous comparons ces résultats favorables, ainsi que ceux des statistiques de Bowdicht, qui, sur 24 opérés, obtenait 7 guérisons complètes, et de Guinier qui, sur 31 observations, obtenait 6 fois plus de succès que d'insuccès ; si nous comparons, dis-je, tous ces résultats à ceux des statistiques de Dupuytren, qui perdait 48 malades sur 50 opérés, et de Velpeau, qui en perdait 12 sur 12, nous sommes bien forcés d'admettre que la méthode antiseptique et les pansements de Lister sont pour beaucoup dans les succès obtenus.

CONCLUSION

En considérant attentivement les observations que nous publions et les résultats obtenus, nous sommes arrivé aux conclusions suivantes :

1° Toutes les fois qu'on est en présence d'une pleurésie purulente, à moins de contre-indications tirées de l'état général, il faut intervenir chirurgicalement.

2° Quand on est décidé à opérer, il faut toujours avoir recours à une ponction exploratrice préalable avec l'appareil de Potain. Elle est d'autant mieux indiquée qu'elle sert en même temps de moyen de diagnostic pour reconnaître la nature du liquide épanché, et qu'elle peut à elle seule amener la guérison, surtout chez les enfants, dont les poumons ont beaucoup plus de tendance à reprendre leur volume normal.

3° Quand on est éclairé sur la nature du liquide et que la ponction répétée deux ou trois fois n'a donné aucun résultat, il faut ouvrir largement la cavité pleurale pour évacuer le pus et faciliter le moyen de modifier la plèvre par des injections détersives.

4° Enfin, les moyens antiseptiques et le pansement de Lister rigoureusement appliqués rendent beaucoup plus certaines les chances de succès.

M. de Debove disait l'année derniére, en publiant deux cas d'empyème dans lesquels il avait employé les pansements de Lister : « Je suis convaincu que si ces précautions sont rigoureusement observées, la guérison de l'empyème sera la règle et non plus l'exception . » C'est aussi notre avis, et les observations que nous publions viennent en quelque sorte confirmer cette assertion.

Vu :	Permis d'imprimer :	Vu, bon à imprimer :
Le président censeur,	*Le Recteur de l'Académie,*	*Le Doyen,*
CASTAN.	G. CHANCEL.	BENOIT.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT REPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie

L'alcool, l'éther, au point de vue chimique et pharmaceutique

Physique médicale

Détermination de la température d'un lieu.

Botanique et Histoire naturelle médicale

Donner le caractère des vers intestinaux rubanaires.

Anatomie

Quelle est la texture du cristallin?

Anatomie pathologique et Histologie

De la cellule en général ; de son origine ; son fonctionnement.

Physiologie

Phénomènes mécaniques de la respiration.

Pathologie médicale ou interne

Qu'est-ce que le lymphatisme?

Pathologie externe

Du cancer de l'utérus.

Thérapeutique et Matière médicale

Des différentes préparations de l'opium.

Opérations et Appareils

Des amputations partielles du pied.

Médecine légale et Toxicologie

De la superfétation.

Hygiène

Des jeux de l'enfant dans leurs rapports avec l'hygiène.

Accouchements

La poche des eaux est-elle utile dans les accouchements ?

Clinique interne

Caractères cliniques de l'asthme.

Clinique externe

Du débridement dans les plaies par armes à feu.

Clinique des maladies nerveuses et mentales

Existe-t-il un délire des sens ?

Titre de la Thèse à soutenir

Essai sur la pleurésie purulente.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !